رویش روان شناسی، سال۱۲، شماره۱۰، شماره پیاپی ۹۱، دی ۱۴۰۲
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),12(10), 2024

مقایسه اثربخشی مداخله آموزشی مبتنی بر رویکرد امید درمانی و رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروز

Comparing the Effectiveness of Educational Intervention based on Hope Therapy Approach and Cognitive Therapy Approach based on Mindfulness on the Psychological Well-being of Women with Multiple Sclerosis

قاسم خالوئی
دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران.
سیدعلی آل یاسین (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی، آشتیان، ایران.
حسن حیدری
دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران.
حسین داوودی
استادیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران.

Ghasem Khaloei
Ph.D Student, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran.
Seyed Ali Aleyasin*
Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Ashtian Branch, Islamic Azad University, Ashtian, Iran.
Aleyasin_psychology@yahoo.com
Hasan Heidari
Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Humanities, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran.
Hosein Davoudi
Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Humanities, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran.

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی مداخله آموزشی مبتنی بر رویکرد امید درمانی و رویکرد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به بیماری اماس بود. روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون گروه کنترل با دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش متشکل از کلیه زنان دارای بیماری اماس و عضو انجمن اماس ایران در سال ۱۳۹۸ بود که از این جامعه تعداد ۳۶ نفر به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس انتخاب شدند. همه آن‌ها قبل از اجرای مداخلات پرسشنامه بهزیستی روانشناختی (PWB-SF) ریف (۱۹۸۹) را تکمیل کردند. پس از آن گروه‌های آزمایش مداخلات درمانی را دریافت کردند. پس از اتمام مداخلات، هر سه گروه پس‌آزمون را دریافت کرده‌اند. در نهایت پس از گذشت سه ماه مجدداً آزمون پیگیری به عمل آمد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس مختلط تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد در متغیر بهزیستی روانشناختی بین سه گروه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۵). گروه‌های مداخله امید درمانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در متغیر بهزیستی روانشناختی تفاوت معنی‌داری با گروه گواه داشتند. این در حالی بود که بین دو گروه امید درمانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد (P>۰/۰۵). بر این اساس می‌توان گفت استفاده از روش‌های امید درمانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند در ارتقای بهزیستی روانشناختی زنان دارای بیماری اماس مؤثر باشد.

واژه‌های کلیدی: *امید درمانی، بهزیستی روانشناختی، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، مولتیپل اسکلروز، زنان.*

Abstract

The purpose of this research was to compare the effectiveness of educational intervention based on the hope therapy approach and cognitive therapy approach based on mindfulness on the psychological well-being of women suffering from MS disease. The method of the current research was semi-experimental with a pre-test-post-test control group design with a three-month follow-up period. The statistical population of the study consisted of all women with MS disease and members of the MS Association of Iran in 2018, from which 36 people were selected by non-random sampling method. All of them completed the psychological well-being questionnaire (PWB-SF) of Ryff (1989) before the interventions. After that, the experimental groups received therapeutic interventions. After completing the interventions, all three groups received the post-test. Finally, after three months, the follow-up test was performed again. The data were analyzed using the mixed analysis of variance method. The results showed that there is a significant difference in the psychological well-being variable between the three groups in the post-test and follow-up phase (P<0.05). The intervention groups of hope therapy and cognitive therapy based on mindfulness had a significant difference with the control group in the psychological well-being variable. This was even though no significant difference was observed between the two groups of hope therapy and mindfulness-based cognitive therapy (P<0.05). Based on this, it can be said that the use of hope therapy and cognitive therapy methods based on mindfulness can be effective in improving the psychological well-being of women with MS disease.

Keywords: *hope therapy, psychological well-being, mindfulness-based cognitive therapy, multiple sclerosis, women.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت :** خرداد ۱۴۰۲ | **پذیرش:** تیر ۱۴۰۲ | **ویرایش نهایی:** دی ۱۴۰۲

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس[1] یک بیماری مزمن عصب‌شناختی است که با تغییرات انحطاطی سلول‌های عصبی در سیستم عصبی مرکزی که ناشی از آسیب غلاف میلین این سلول‌ها است، مشخص می‌شود (ماری[2] و همکاران، ۲۰۲۲). حدود ۲/۵ میلیون نفر در سراسر دنیا به این بیماری مبتلا هستند. بسته به تنوع جغرافیایی، بروز آن حدود ۷ در ۱۰۰ هزار نفر در سال و شیوع آن ۱۲۰ در ۱۰۰ هزار نفر می‌باشد (اولیوا رامیرز[3] و همکاران، ۲۰۱۹). پژوهشگران میزان بروز اماس را در ایران از ۰/۶۸ تا ۹/۱ در ۱۰۰ هزار و شیوع آن را از ۵/۳ تا ۷۴/۲۸ در ۱۰۰ هزار با شیوع بالاتر در زنان (نسبت زن به مرد حدود ۱/۸ تا ۳/۶) گزارش دادند (اعظمی و همکاران، ۲۰۱۹). این بیماری اگرچه بندرت کشنده است اما طیف وسیعی از علائم از قبیل خستگی شدید، افسردگی، اختلال حافظه، اختلال گفتاری، اختلال شناختی، درد، تاری دید، دوبینی، سرگیجه، ضعف اندام، آتاکسی، بی‌حسی و سوزش اندام و مشکلات ادراری و روده را ایجاد می‌کند (هاسر و کری[4]، ۲۰۲۰). این علائم اغلب منجر به کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پایین، ناتوانی عصب‌شناختی و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی بالا می‌شود (ببو[5] و همکاران، ۲۰۲۲). افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، به مدت طولانی گزارش کرده‌اند که استرس روانی می‌تواند علائم آن‌ها را بدتر کند و مطالعات نشان می‌دهد که قرار گرفتن در معرض مزمن طیف گسترده‌ای از وقایع زندگی چالش برانگیز، با بدتر شدن علائم عصبی در اماس و افزایش بار ضایعه در تصویربرداری با رزونانس مغناطیسی مغز است (مگوایر و مگوایر[6]، ۲۰۲۰). نتایج نشان می‌دهد عوامل روانی- اجتماعی متعددی بیماران اماس را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

یکی از این مفاهیم که توسط ریف[7] (۱۹۸۹) مطرح شد، بهزیستی روانشناختی[8] است. وی یک مدل ۶ بعدی از بهزیستی را پیشنهاد می‌کند که شامل پذیرش خود، تسلط بر محیط، روابط مثبت با دیگران، زندگی هدفمند، رشد شخصی و خودمختاری (ریف، ۲۰۱۷). تجربه داشتن اماس، توانایی تأثیر جدی بر هر یک از جنبه‌های بهزیستی را دارد، کاهش در تمام جنبه‌های بهزیستی روانشناختی در جمعیت اماس در مقایسه با جمعیت سالم دیده شده است، اما تحقیقات کمی این سازه‌ها را در جمعیت اماس، بررسی کرده است (استروبر[9]، ۲۰۱۸). بیماری اماس، سلامت جسمانی و روانی مبتلایان را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ به‌طوری که سطوح پایین بهزیستی روانشناختی می‌تواند بطور مستقیم یا غیرمستقیم با علائم و پیامدهای بیماری اماس مرتبط باشد. افراد مبتلا به اماس با عدم اطمینان در مورد آینده، علائم ناخوشایند و غیر قابل پیش‌بینی، رژیم‌های دشوار درمان و عوارض جانبی دارو، مواجه هستند (کولتونیوک[10] و همکاران، ۲۰۲۲). اماس می‌تواند عواقب عمیق، از جمله اختلال در اهداف زندگی، اشتغال، درآمد، روابط، فعالیت‌های اجتماعی، فعالیت‌های اوقات فراغت و فعالیت‌های زندگی روزمره داشته باشد. بنابراین، تعجب‌آور نیست که بسیاری از بیماران در بهزیستی روانشناختی مشکلات زیادی دارند (استروبر، ۲۰۱۸). بر اساس نظر پژوهشگران بین بهزیستی، امید به زندگی، سلامت فیزیکی و سبک زندگی سالم همبستگی قوی وجود دارد (خان[11] و همکاران، ۲۰۲۳). پژوهشگران بر این عقیده هستند که در کنار داروهای درمانی، می‌توان از روان‌درمانی‌های مختلف برای کاهش بیماری‌ها بهره برد (فانچیولاچی[12] و همکاران، ۲۰۱۷). از این رو در میان انواع روان‌درمانی‌ها، شواهد بیشتری برای تأثیر درمانی تکنیک‌های شناختی ـ رفتاری برای درمان علائم روانشناختی بیماری اماس به ویژه افسردگی وجود دارد (بوکلی[13] و همکاران، ۲۰۲۰). همانند سایر شرایط مزمن، اندازه اثر درمان شناختی ـ رفتاری برای اماس متوسط به بالاست (کارلتو[14] و همکاران، ۲۰۲۰). درونداد استاندارد روانشناختی در تنظیم مراقبت اولیه منبع بالقوه درمانی است، اما همیشه بطور رایگان قابل دسترس نیست و در بعضی موارد نیز درمان نوروپسیکولوژی ویژه مورد نیاز است. بطور ایده‌آل یک مداخله بایستی بطور رایگان قابل دسترسی، قابل قبول، مناسب نیازهای فرد و بسیار موثر باشد (سیمپسون[15] و

1. multiple sclerosis
2. Marrie
3. Oliva Ramirez
4. Hauser & Cree
5. Bebo
6. Maguire & Maguire
7. Ryff
8. positive psychology
9. Strober
10. Kołtuniuk
11. Khan
12. Fanciullacci
13. Buckley
14. Carletto
15. Simpson

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین، بیماران مبتلا به اماس علاوه بر درمان‌هـایی کـه علائم اولیه را هدف قرار می‌دهند، نیاز به درمان‌هایی دارنـد که سایر مشکلات آن‌ها را مرتفع نماید، تا بتواننـد بـا سلامت روان بالاتر به مقابله بـا ایـن بیمـاری بپردازنـد.

شواهد پژوهشی نتایج ضد و نقیضی را در خصوص اثربخشی دو رویکرد امیددرمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به بیماری اماس نشان داده‌اند که مقایسه این دو رویکرد در قالب یک پژوهش مغفول مانده است و در این پژوهش سعی در پرداختن به این مورد شد تا مشخص شود که این دو رویکرد چه تفاوت‌هایی دارند. لذا در ادامه این دو رویکرد مورد بررسی قرار گرفته و به پژوهش‌هایی چند در خصوص اثربخشی آن‌ها اشاره می‌شود. امید درمانی[1] یکی از از درمان‌هایی است که می‌تواند به ارتقاء بهزیستی روانشناختی بیماران اماس کمک کند. امید درمانی، یک برنامه درمانی است که بر اساس نظریه امید اشنایدر[2] به منظور افزایش تفکر امیدوارانه و تقویت فعالیت‌های مرتبط با پیگیری هدف طراحی شده است. اشنایدر در بین درمان‌های روان‌شناختی، امید درمانی را به عنوان هدف اصلی مد نظر قرار داده است. او به عنوان بنیان‌گذار نظریه امید و درمان مبتنی بر آن، امید را به عنوان سازه‌ای، شامل توانایی طراحی گذرگاه‌ها تعریف کرده است (لین و کونجان[3]، ۲۰۲۲). امید درمانی از درمان شناختی- رفتاری، درمان راه‌حل‌مدار و درمان داستانی یا روایتی مشتق می‌شود. هدف این روش درمانی، کمک به مراجعان در جهت فرمول‌بندی اهداف و ساختن گذرگاه‌های متعددی برای رسیدن به آن‌ها، برانگیختن خود برای دنبال کردن اهداف و چارچوب‌بندی مجدد موانع به صورت چالش‌هایی برای غلبه بر آن‌ها و رسیدن به پیروزی است (مک‌اینتاش[4] و همکاران، ۲۰۲۱). اثربخشی این نوع درمان نیز در اندک مطالعات انجام شده در داخل و خارج از کشور نیز مشخص گردیده است. بطور مثال؛ اثربخشی امید درمانی بر امید و افسردگی و همچنین کیفیت زندگی (پویان‌فرد و همکاران، ۲۰۲۰)، امید و سطوح استرس ادراک شده (کلانی و همکاران، ۲۰۱۵)، بیماران اماس مورد مطالعه قرار دادند و نتایج اثربخشی این درمان را بر متغیرهای مورد بررسی، تأیید کردند.

یکی دیگر از درمان‌هایی که می‌تواند موجب ارتقاء بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به اماس گردد، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی[5] است. از لحاظ نظری ذهن‌آگاهی با بهزیستی روان‌شناختی مربوط است، ذهن‌آگاهی عبارت است از آگاهی و پذیرش غیر قضاوتی لحظه به لحظه فرد. پژوهشگران بیان می‌کنند که شواهد حمایت‌کننده اندکی وجود دارند که ذهن‌آگاهی می‌تواند برای بیماران مبتلا به اماس مفید باشد ولی بعضی از آن‌ها نشان می‌دهند که اینگونه مداخلات می‌تواند موجب بهبودی اضطراب، افسردگی، استرس، درد، خستگی، تعادل و هماهنگی و کیفیت زندگی این بیماران گردد (کارلتو و همکاران، ۲۰۲۰). ذهن‌آگاهی می‌تواند به عنوان یک پاد زهر بر اشکال رایج پریشانی روان‌شناختی چون اجتناب، سرکوبی، یا نشخوار فکری و احساسی فرد عمل کند (کرگو[6] و همکاران، ۲۰۲۰). فنون ذهن‌آگاهی منجر به بهبود بی‌خوابی در افراد مبتلا به سرطان می‌گردد (راش[7] و همکاران، ۲۰۱۹). مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی منجر به کاهش فراوانی افکار خودکار منفی و افزایش توانایی برای بیرون راندن آن افکار و نهایتاً بهزیستی روان‌شناختی شده است (اولیوا رامیرز و همکاران، ۲۰۱۹). شواهد پژوهشی حاکی از تأثیر روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر میزان بهزیستی روانشناختی، کیفیت زندگی و همچنین ادراک بیماری و شدت بیماری (فخرمند و همکاران، ۲۰۲۰)؛ کاهش نشانه‌های روانشناختی (عسکری و همکاران، ۲۰۱۷)؛ کاهش افسردگی و اضطراب (بخشی‌پور و رمضان‌زاده، ۲۰۱۶) در این بیماران بوده است. در خارج از کشور پیشنه‌های پژوهشی نیز حاکی از اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش خستگی (هوگرورف[8] و همکاران، ۲۰۱۷) و کاهش افسردگی (کارلتو و همکاران، ۲۰۱۷)، بیماران ام اس بود. همچنین پژوهشگرن بیان می‌کنند که صفت ذهن‌آگاهی به طور قابل توجهی با کاهش استرس روانی، نیمرخ سازگاری سودمندتر، افزایش تاب‌آوری و کیفیت بهتر زندگی در افراد مبتلا به اماس همراه است (سندرز[9] و همکاران، ۲۰۱۹).

با توجه به مبانی نظری و ادبیاتی که مطرح شد، در سراسر دنیا، متخصصان به دنبال یافتن بهترین درمان‌ها بیمارهایی همچون اماس هستند و با توجه به روند رو به افزایش مبتلایان به اماس در ایران و همراهی این دو ویژگی بیماری یعنی درگیر کردن جوانان و ناتوان کنندگی در سنین باروری، توجه به مسائل این بیماران و انجام تحقیقاتی که روشنگر زوایای مختلف بالینی و درمانی این بیماری باشد، ضرورت می‌یابد. تحقیقات نشان می‌دهد که عوامل روانشناختی اغلب پیش‌بینی‌کننده‌های مناسبی از تفاوت‌های فردی در سازگاری نسبت

1. hope therapy
2. Snyder
3. Lin & Kunjuan
4. McIntosh
5. mindfulness
6. Crego
7. Rash
8. Hoogerwerf
9. Senders

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

به عوامل بیماری هستند. به این معنی که عوامل روانشناختی، بر خلاف عوامل بیماری، از طریق مداخلات روانشناختی قابل تغییر هستند. مطالعات در مورد ناراحتی‌های هیجانی و سلامت مرتبط با کیفیت زندگی، تمرکز زیست پزشکی سنتی را در تحقیقات اماس گسترش داد، اما به شاخص‌های بهزیستی روانشناختی کلی توجه کمتری شد. لذا هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی امیددرمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روانشناختی بیماران زن مبتلا به اماس بود.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر متشکل از کلیه زنان دارای بیماری اماس و عضو انجمن اماس ایران در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ بود که از این جامعه تعداد ۳۶ نفر به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس (بر اساس نرم‌افزار تعیین حجم نمونه G Powe 3 و با در نظر گرفتن پارامترهای اندازه اثر= ۰/۳۶؛ ضریب آلفا= ۰/۰۵؛ توان آزمون= ۰/۹۵) از بین بیماران عضو انجمن اماس ایران انتخاب شدند. حجم نمونه نیز برای هر یک از گروه‌های آزمایش و گواه ۱۲ نفر در نظر گرفته شد که به طور کلی حجم نمونه ۳۶ نفر اتخاذ شد. لذا در این مطالعه ۳ گروه ۱۲ نفری برای پژوهش انتخاب شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل جنسیت مؤنث، دارا بودن رضایت آگاهانه از مشارکت در پژوهش، داشتن سابقه و عضو انجمن اماس ایران، سابقه بیماری اماس بیش از ۱ سال، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال و توانایی پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه‌ها بود. همچنین ملاک‌های خروج غیبت بیش از ۳ جلسه در جلسات آموزشی، انجام ندادن تکالیف محوله، وقوع حوادث غیرمترقبه در زندگی افراد و شرکت همزمان در جلسات مشاوره و روان‌درمانی دیگر بود. روش اجرا به این صورت بود که پس از ارزیابی اولیه مراجعه‌کنندگان به انجمن اماس ایران جهت شناسایی نمونه مورد نظر، از بین اعضا نمونه مورد پژوهش اتخاذ شد. سپس اجرای پیش‌آزمون‌های پرسشنامه بهزیستی روانشناختی بر روی نمونه مورد پژوهش انجام شد. در ادامه کارگاه‌های مبتنی بر رویکردهای مطرح شده تشکیل شد و مفاهیم و عناصر بر اساس پروتکل آموزشی به گروه‌های نمونه توسط پژوهشگر در یکی از مراکز مشاوره تهران آموزش داده شد (مرکز دارای فضا، امکانات و تجهیزات آموزشی مناسب بود). تمام افراد مشارکت‌کننده در پژوهش که حاضر به همکاری شدند، پرسشنامه‌ها را به صورت گروهی در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل کرده‌اند و برای تکمیل آن‌ها محدودیت زمانی لحاظ نشد. نحوه اجرا نیز به این صورت بود که پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته (هفته‌ای ۲ جلسه) برگزار شد. همچنین جلسات درمانی امید درمانی در طی ۸ جلسه ۱/۵ ساعته (هفته‌ای دو جلسه) انجام شد. محرمانه بودن اطلاعات کسب‌شده، جلب رضایت آگاهانه آزمودنی‌های پژوهش، عدم انتشار اطلاعات شرکت کنندگان به دیگران و ایجاد یک جو اطمینان‌بخش از جمله ملاحظاتی بود که پژوهشگر مد نظر قرار داد. در نهایت برای تحلیل داده‌های پژوهش از روش تحلیل واریانس مختلط با کمک نرم‌افزار $SPSS_{V19}$ استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف فرم کوتاه-۱۸ (PWB-SF[1]): این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط ریف طراحی شد. فرم اصلی آن دارای ۱۲۰ ماده می‌باشد ولی در بررسی‌های بعدی فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴ ماده‌ای، ۵۴ ماده‌ای و ۱۸ ماده‌ای نیز پیشنهاد گردید. این مقیاس ۱۸ گویه دارد و براساس لیکرت شش درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۶ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود؛ حداقل نمره قابل کسب در این مقیاس ۱۸ و حداکثر نمره ۱۰۸ می‌باشد و دارای ۶ مؤلفه شامل پذیرش خود (۲، ۸، ۱۰)، روابط مثبت با دیگران (۳، ۱۱ و ۱۳)، خودمختاری (۹، ۱۲ و ۱۸)، تسلط بر محیط (۱، ۴ و ۶)، زندگی هدفمند (۵، ۱۴ و ۱۶) و رشد شخصی (۷، ۱۵ و ۱۷) می‌باشد. تدوین‌کنندگان روایی محتوایی پرسشنامه را ۰/۸۵ و ضریب همسانی درونی کل آزمون را با استفاده از روش آلفای کرونباخ حدود ۰/۵۵ گزارش دادند (ریف و کییز[2]، ۱۹۹۵). این پرسشنامه در ایران مورد استفاده قرار گرفت که میزان روایی محتوایی آن ۰/۷۷ گزارش شد و پایایی آن از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده به ترتیب برای مؤلفه‌های پذیرش خود ۰/۸۰ و ۰/۷۶، روابط مثبت با دیگران ۰/۷۱ و ۰/۷۴، خودمختاری ۰/۷۴ و ۰/۷۷، تسلط بر محیط ۰/۷۵ و ۰/۶۵، زندگی هدفمند ۰/۸۰ و ۰/۷۹ و رشد فردی ۰/۷۶ و ۰/۶۵ به دست آمد (وحیدیان و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۶۶ بدست آمد.

1. psychological well-being short form
2. Keyes

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

پروتکل امیددرمانی: خلاصه پروتکل مبتنی بر رویکرد امیددرمانی بر اساس نظریه اسنایدر (۲۰۰۵) در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته (هفته‌ای دو جلسه) ارائه شد.

جدول ۱: خلاصه جلسات امید درمانی (اقتباس از اسنایدر، ۲۰۰۵)

جلسات	اهداف	محتوا
اول	آشنایی	اجرای پیش آزمون، آشنایی اعضا با یکدیگر با درمانگر و ساختار گروه، معرفی برنامه آموزشی و هدف از اجرای آن.
دوم	تعریف امید و هدف‌یابی	تعریف، توضیح و بیان ویژگی‌های هدف، بیان اهمیت هدفمند بودن در زندگی و تمرین‌های هدف ساز، صحبت در مورد راه‌های رسیدن به هدف، صحبت در مورد احساسات ناشی از رسیدن به هدف یا ناکام ماندن هدف، راهکارهایی برای بیشتر کردن احتمال دستیابی به هدف، اولویت‌بندی هدف.
سوم	امیدیابی	یافتن امید در افراد تعیین قدرت اراده، قدرت برنامه ریزی، موانع و اهداف در هر یک از افراد، کمک به افراد برای ساختن خانه امید خود
چهارم	افزایش امید	امید افزایی در افراد تعیین اهداف درمانی امید بخش، صحبت در مورد راه‌های افزایش نیروی عامل و با انگیزه رسیدن به اهداف، تعریف انگیزش، حیطه‌های مهم انگیزش و انرژی: انرژی فیزیکی، انرژی روانی، صحبت در مورد انرژی روانی.
پنجم	راه‌های افزایش امید	ادامه بحث در مورد راه‌های افزایش نیروی عامل و با انگیزه رسیدن به اهداف، صحبت در مورد انرژی فیزیکی به عنوان عاملی در افزایش قدرت اراده؛ توجه به تغذیه، ورزش، صحبت در مورد قدرت راهیایی
ششم	موانع رسیدن به هدف	افزایش امید در افراد، صحبت در مورد موانع رسیدن به هدف، صحبت در مورد خودگویی‌های منفی به عنوان یکی از موانع، دلیل استفاده از خودگویی‌های منفی، بیان استراتژی‌هایی برای تغییر خودگویی‌های منفی.
هفتم	حفظ و ابقای امید در زندگی	صحبت در مورد اهمیت افراد در حفظ بهبودی اطرافیان و همسرانشان، ارائه راهکارهایی برای جلوگیری از دور شدن از مسیر رسیدن به هدف
هشتم	جمع‌بندی و پس‌آزمون	جمع‌بندی جلسات، گرفتن بازخورد از اعضای گروه و مشخص کردن جلسه پیگیری و پس‌آزمون.

پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی: این برنامه بر اساس الگوی جان کابات-زین[1] (۱۹۹۰) طراحی شده است که در این پژوهش در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته (هفته‌ای دو روز) به گروه آزمایش ذهن‌آگاهی آموزش داده شد. خلاصه جلسه درمانی به شرح زیر می‌باشد.

جدول ۲: خلاصه جلسات ذهن‌آگاهی (اقتباس از کابات زین، ۲۰۱۵)

جلسه	اهداف	محتوا
اول	معارفه و موضوع آموزش و گرفتن پیش‌آزمون	هدایت خودکار؛ تعیین اصول و قواعد دوره و مرزهای آن؛ شرکت کننده خود را معرفی می‌کند (درباره آنچه که او را به شرکت در مداخله ترغیب کرده و آنچه از فرآیند مداخله می‌خواهد صحبت می‌کنند). تمرین‌های جلسه: خوردن یک کشمش همراه با ذهن‌آگاهی، تامل وارسی بدنی.
دوم	مقابله با موانع	تمرینات جلسه: تامل وارسی بدنی، ده دقیقه تنفس با ذهن‌آگاهی، معطوف کردن توجه به یک فعالیت روزمره به شیوه‌ای متفاوت.
سوم	ذهن آگاهی بر روی تنفس (در زمان حرکت)	حرکت با حالت ذهن‌آگاهانه «تمرین تنفس و کشش» انجام حرکت کششی و تنفس با حالت حضور ذهن و به دنبال آن انجام تامل در وضعیت نشسته متمرکز بر آگاهی از تنفس و بدن. این تمرین‌ها می‌توانند با یک تمرین کوتاه ذهن‌آگاهی دیداری یا شنیداری آغاز شوند. سه دقیقه فضای تنفس.
چهارم	ماندن در زمان حال	پنج دقیقه حضور ذهن دیداری یا شنیداری، تامل در وضعیت نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و آگاهی‌های بدون جهت‌گیری خاص) فضای سه دقیقه‌ای تنفس ـ معرفی این روش به عنوان راهبردی مقابله‌ای برای استفاده در زمان‌هایی که شرایط احساسات دشواری را بر می‌انگیزاند، راه رفتن با حالت حضور ذهن .تکالیف جلسه: شناسایی آن چه تجربه های ناخوشایند محسوب می‌شوند، تعریف قلمرو افسردگی ـ یا حوزه دیگری که مشکل اعضا می‌باشد مانند خستگی مزمن، استرس و....
پنجم	پذیرش و اجازه/ مجوز حضور	تامل در وضعیت نشسته - آگاهی از تنفس و بدن؛ تاکید بر چگونگی واکنش دهی به افکار، احساسات و حس‌های بدنی ایجاد شده؛ معرفی یک حالت دشوار در تمرین و کاوش اثراتش بر روی بدن و ذهن و سه دقیقه فضای تنفس. خواندن شعر میهمان

1. Kabat-Zinn

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

جلسه	اهداف	محتوا
ششم	فکرها نه حقایق	خانه اثر مولانا و شناسایی مضمون آن در جلسه، تمرین بر روی کاوش الگوهای عادتی واکنش و کاربرد بالقوه مهارت‌های حضور ذهن برای تسهیل پاسخدهی بیشتر به تجربه زمان حال. تامل در وضعیت نشسته - آگاهی از تنفس و بدن، معرفی مشکل مربوط به تمرین و پی بردن به اثراتش بر روی بدن و ذهن سه دقیقه فضای تنفس، تمرین خلق‌ها، افکار و دیدگاهی جایگزین مشخص کردن نشانه‌ای برای عود که ممکن است برای هر فرد متفاوت باشد و برنامه‌ای عملی برای مقابله با آن، آماده کردن شرکت کنندگان برای پایان دوره.
هفتم	نحوه مراقبت از خود به بهترین شکل	تامل در وضعیت نشسته - آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکارو هیجان‌ها، سه دقیقه فضای تنفس و طرح مشکلی که در انجام تکلیف به وجود آمده و پی بردن به اثرات آن بر بدن و ذهن، پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق، آماده کردن فهرستی از فعالیت‌های روزانه و تعیین اینکه کدامیک کسالت‌آور یا روحیه بخش است و کدامیک حسی از تسلط یا لذت را در فرد ایجاد می‌کند. شناسایی نشانگان عود و توسعه راهکارهایی برای مقابله با تهدید بازگشت مجدد.
هشتم	استفاده از آموخته‌ها برای کنار آمدن با وضعیت‌های خلقی در آینده انجام پس آزمون	تامل وارسی بدنی به پایان رساندن تامل، مروری بر سامانه‌های هشدار اولیه و برنامه‌های عملی که برای استفاده در زمان‌هایی که خطر عود بالاست توسعه داده شده‌اند. مروری بر کل آنچه در دوره گذشت - چه چیزهایی در زندگیتان بیشترین ارزش را برایتان داشت که انجام این تمرین‌ها توانست به شما در رسیدن به آنها کمک کند؟ بحث درباره چگونگی حفظ نیروی حرکتی که در تمرین‌های رسمی و غیر رسمی توسعه داده شد. ارائه پرسشنامه‌هایی به شرکت‌کنندگان برای انعکاس نظرات خود درباره دوره.

یافته ها

در این پژوهش ۳۶ نفر در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال قرار داشت. اعضای نمونه در دامنه سنی ۳۱ تا ۵۳ سال قرار داشتند. میانگین و انحراف معیار سن گروه امیددرمانی ۲۸/۹۱±۳/۶۷، گروه شناخت درمانی ۲۹/۸۳±۳/۳۲ و برای گروه گواه ۳۰/۰۸±۲/۹۶ بود. همچنین سابقه ابتلا به بیماری در افراد نمونه ۴ تا ۱۰ سال بود. میانگین و انحراف معیار سال‌های ابتلا برای گروه امیددرمانی ۹۱/۹۰±۱/۱۰، گروه شناخت درمانی ۲/۵۰±۰/۸۰ و برای گروه گواه ۲/۱۶±۰/۷۲ بود. سال همه افراد پژوهش خانم بودند. در گروه امیددرمانی تعداد ۴ نفر (۳۳/۳٪) تحصیلات دیپلم، ۳ نفر (۲۵٪) تحصیلات کاردانی، ۴ نفر (۳۳/۳٪) دارای تحصیلات لیسانس و ۱ نفر (۸/۳٪) تحصیلات ارشد و بالاتر داشت. در گروه شناخت درمانی نیز تعداد ۳ نفر (۲۵٪) تحصیلات دیپلم، ۳ نفر (۲۵٪) تحصیلات کاردانی، ۴ نفر (۳۳/۳٪) دارای تحصیلات لیسانس و ۲ نفر (۱۶/۷٪) تحصیلات ارشد و بالاتر داشتند. همچنین در گروه گواه تعداد ۲ نفر (۱۶/۷٪) تحصیلات دیپلم، ۳ نفر (۲۵٪) تحصیلات کاردانی، ۴ نفر (۳۳/۳٪) دارای تحصیلات لیسانس و ۱ نفر (۸٪/۳) تحصیلات ارشد و بالاتر داشت. از سویی در گروه امیددرمانی تعداد ۵ نفر (۴۱/۷٪) مجرد و ۷ نفر (۵۸/۳٪) متأهل بودند. در گروه شناخت‌درمانی ۴ نفر (۳۳/۳٪) مجرد و ۸ نفر (۶۶/۷٪) متأهل بودند. همچنین برای گروه گواه ۴ نفر (۳۳/۳٪) مجرد و ۸ نفر (۶۶/۷٪) متأهل بودند. در ادامه یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون(انحراف معیار± میانگین)	پس‌آزمون (انحراف معیار± میانگین)	پیگیری(انحراف معیار± میانگین)
بهزیستی روانشناختی	امید درمانی	۶۸/۲۰±۱۷/۲۶	۵±۹۴/۴۴	۹۱/۴±۹۲/۶۰
	ذهن‌آگاهی	۶۸/۱۰±۶۷/۰۶	۵±۶۷/۹۴/۳۶	۹۳/۶±۱۷
	گواه	۶۸/۲۱±۵۰/۰۱	۷±۷۵/۸۷	۷۳/۱۰±۵۸/۳۹
خودمختاری	امید درمانی	۱۱/۴±۰۸/۳۴	۱۵/۱±۳۳/۶۷	۱±۱۵/۴۱
	ذهن‌آگاهی	۱۱/۲±۴۲/۱۹	۱۵/۱±۸۳/۹۵	۱۵/۱±۳۳/۴۳
	گواه	۳±۱۱/۸۶	۱۲/۱±۵۸/۶۸	۱۲/۲±۰۸/۱۹
تسلط بر محیط	امید درمانی	۱۲/۴±۲۵/۳۱	۱۶/۰±۳۳/۹۸	۱۵/۲±۸۳/۷۲
	ذهن‌آگاهی	۱۲/۲±۰۸/۵۷	۱۶/۱±۹۲/۰۸	۱۶/۱±۱۷/۱۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

	گواه	۱۲/۴±۱۷/۹۷	۱۲/۳±۹۲/۹۹	۱۲/۴±۸۳
	امید درمانی	۱۰/۴±۶۷/۴۰	۱±۱۵/۲۱	۱۵/۱±۲۵/۲۹
رشد شخصی	ذهن‌آگاهی	۱۰/۳±۵۸/۲۶	۱۴/۲±۷۵/۲۶	۱±۱۵/۵۹
	گواه	۱۰/۳±۵۰/۵۵	۱۱/۱±۵۰/۶۲	۱۱/۱±۴۲/۸۳
	امید درمانی	۴±۱۱/۷۷	۱۵/۱±۸۳/۲۷	۱۵/۱±۶۷/۰۷
روابط مثبت با دیگران	ذهن‌آگاهی	۱۱/۲±۶۷/۶۴	۱۵/۱±۶۷/۸۲	۱۵/۱±۵۸/۷۳
	گواه	۱۱/۴±۳۳/۷۷	۱۲/۲±۸۳/۰۴	۱۲/۲±۹۲/۳۵
	امید درمانی	۱۱/۳±۷۵/۸۲	۱۵/۱±۵۸/۷۳	۱۵/۰±۵۰/۸۰
زندگی هدفمند	ذهن‌آگاهی	۱۱/۲±۴۲/۵۰	۱۵/۱±۲۵/۷۱	۱۵/۱±۳۳/۱۵
	گواه	۱۱/۴±۶۷/۲۷	۱۲/۱±۷۵/۵۴	۱۲/۱±۳۳/۳۷
	امید درمانی	۱۱/۴±۴۲/۴۴	۱۵/۱±۹۲	۱۵/۱±۶۷/۵۰
پذیرش خود	ذهن‌آگاهی	۱۱/۳±۵۰/۱۲	۱۶/۱±۲۵/۲۹	۱۵/۱±۷۵/۵۴
	گواه	۱۱/۳±۸۳/۶۴	۱۲/۳±۴۲/۹۴	۲±۱۲/۰۴

بر اساس جدول فوق، می‌توان گفت که در متغیر بهزیستی روانشناختی و مؤلفه‌های آن میانگین گروه‌های آزمایش نسبت به گروه گواه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافت. پس از بررسی یافته‌های توصیفی به منظور بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو- ویلکس استفاده شد. نتایج آزمون آماری شاپیرو- ویلکس نشان داد در متغیر بهزیستی روانشناختی و همه مؤلفه‌های آن در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای هر سه گروه برقرار بود (p>۰۵). افزون بر آن برای برابری ماریتس واریانس- کواریانس از آزمون باکس استفاده شد که نتایج حاکی از برقراری این مفروضه بود (M=۲۴/۰۸۴ باکس، P=۰/۰۵۳ و F= ۱/۷۳۹). افزون بر آن به‌منظور بررسی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد. نتایج نشان داد برای اکثر متغیرها فرض واریانس‌های خطا برقرار بود. بنابراین می‌توان پیش شرط برابری واریانس‌های خطا و مفروضه واریانس- کواریانس را پذیرفت و از اندازه اثر پیلایی استفاده کرد. همچنین به منظور بررسی مفروضه کرویت از آزمون موچلی استفاده شد نتایج نشان داد این مفروضه تنها برای دو متغیر تسلط بر محیط و پذیرش خود برقرار است و برای سایر متغیرها برقرار نبود. با این حال می‌توان مفروضه کرویت را پذیرفت و برای مقایسه‌ها از مقادیر تصحیح شده هوین فلت استفاده نمود. از این رو با توجه به برقراری مفروضات آزمون تحلیل واریانس مختلط، نتایج آزمون‌های چندمتغیری برای متغیر بهزیستی روانشناختی در ادامه ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری برای متغیرهای پژوهش

آزمون	منبع	اثر پیلایی	F	Df فرضیه	Df خطا	Sig	مجذور اتا
بین‌آزمودنی	گروه	۰/۶۹۲	۴/۱۰۲	۸	۶۲	۰/۰۰۱	۰/۳۴۶
درون‌آزمودنی	زمان	۰/۶۸۰	۸/۲۰۸	۷	۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۰
	زمان * گروه	۰/۶۶۸	۲/۰۰۵	۱۴	۵۶	۰/۰۳۴	۰/۳۳۴

نتایج ارائه شده در جدول فوق نشان می‌دهد با توجه به میزان F و سطح معنی‌داری، اثر بین‌گروهی گروه (p=۰/۰۰۱، $F_{(۸ و ۶۲)}$=۴/۱۰۲ و ۰/۶۹۲=اثر پیلایی) و درون‌گروهی زمان (p=۰/۰۰۰۱، $F_{(۷ و ۲۷)}$=۸/۲۰۸ و ۰/۶۸۰=اثر پیلایی) و تعامل زمان و گروه (p=۰/۰۳۴، $F_{(۱۴ و ۵۶)}$=۲/۰۰۵ و ۰/۶۶۸=اثر پیلایی) معنی‌دار می‌باشد. پس از بررسی نتایج فوق، اثر تعامل نیز با آزمون‌های پیگیری تک‌متغیری بررسی شد که نتایج در جدول زیر گزارش شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تک‌متغیری هوین‌فلت در مورد اثر زمان و اثر تعاملی زمان و گروه برای مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	Sig	مجذور اتا
بهزیستی روانشناختی	زمان	۸۴۹۴/۵۱۹	۱/۴۱۲	۶۰۱۶/۵۹۱	۳۳/۳۰۶	۰/۰۰۱	۰/۵۰۳
	زمان * گروه	۲۰۲۴/۲۵۹	۲/۸۲۴	۷۱۶/۸۸۲	۳/۹۸۰	۰/۰۱۵	۰/۱۹۴

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

خودمختاری	زمان	۲۴۸/۴۶۳	۱/۵۲۰	۱۶۳/۴۱۸	۲۰/۳۳۷	۰/۰۰۱	۰/۳۸۱
	زمان * گروه	۱۰۹/۶۸۵	۲	۵۴/۸۴۳	۸/۱۷۱	۰/۰۰۱	۰/۳۳۱
تسلط بر محیط	زمان	۲۱۹/۵۵۶	۱/۹۴۶	۱۱۲/۸۴۴	۱۲/۲۹۸	۰/۰۰۱	۰/۲۷۱
	زمان * گروه	۱۲۷/۱۶۷	۲	۶۳/۵۸۳	۴/۸۸۹	۰/۰۱۴	۰/۲۲۹
رشد شخصی	زمان	۲۵۱/۶۸۵	۱/۵۷۰	۱۶۰/۳۴۵	۱۸/۴۵۴	۰/۰۰۱	۰/۳۵۵
	زمان * گروه	۱۳۹/۲۴۱	۲	۶۹/۶۲۰	۱۱/۷۵۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۱۶
روابط مثبت با دیگران	زمان	۲۸۰/۲۲۲	۱/۳۷۳	۲۰۴/۱۳۷	۱۷/۰۵۵	۰/۰۰۱	۰/۳۴۱
	زمان * گروه	۸۴/۷۲۲	۲	۴۲/۳۶۱	۵/۷۸۶	۰/۰۰۷	۰/۲۶۰
زندگی هدفمند	زمان	۱۹۴/۹۰۷	۱/۵۲۳	۱۲۷/۹۴۵	۱۷/۱۵۴	۰/۰۰۱	۰/۳۴۲
	زمان * گروه	۸۷/۰۱۹	۲	۴۳/۵۰۹	۷/۶۱۱	۰/۰۰۲	۰/۳۱۶
پذیرش خود	زمان	۲۳۰/۸۸۹	۱/۹۹۹	۱۱۵/۴۷۴	۱۵/۱۷۳	۰/۰۰۱	۰/۳۱۵
	زمان * گروه	۸۸/۲۷۸	۳/۹۹۹	۲۲/۰۷۵	۲/۹۰۱	۰/۰۲۸	۰/۱۵۰

نتایج آزمون تک‌متغیری هوین‌فلت در جدول فوق در مورد اثر زمان و تعامل زمان و گروه حاکی از آن است که این میزان برای متغیر بهزیستی روانشناختی و همه مؤلفه‌های آن معنی‌داری است. نتایج مربوط به مقایسه زوجی در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج مقایسه زوجی اثر تعاملی زمان و گروه برای مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی

متغیر	مراحل	گروه		تفاوت میانگین‌ها	معنی‌داری
خودمختاری	پس‌آزمون	امید درمانی	ذهن‌آگاهی	۰/۵۰۰	۱
		امید درمانی	گواه	۲/۷۵۰	۰/۰۰۲
		ذهن‌آگاهی	گواه	۳/۲۵۰	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	امید درمانی	ذهن‌آگاهی	۰/۳۳۳	۱
تسلط بر محیط	پس آزمون	امید درمانی	ذهن‌آگاهی	۰/۵۸۳	۱
		امید درمانی	گواه	۳/۴۱۶	۰/۰۰۵
		ذهن‌آگاهی	گواه	۴/۰۰۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	امید درمانی	ذهن‌آگاهی	۰/۳۳۳	۱
رشد شخصی	پس آزمون	امید درمانی	ذهن‌آگاهی	۰/۲۵۰	۱
		امید درمانی	گواه	۳/۲۵۰	۰/۰۰۰۱
		ذهن‌آگاهی	گواه	۳/۵۰۰	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	امید درمانی	ذهن‌آگاهی	۰/۲۵۰	۱
رابطه مثبت با دیگران	پس آزمون	امید درمانی	ذهن‌آگاهی	۰/۱۶۶	۱
		امید درمانی	گواه	۳/۰۰۰	۰/۰۰۱
		ذهن‌آگاهی	گواه	۲/۸۳۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	امید درمانی	ذهن‌آگاهی	۰/۰۸۳	۱
زندگی هدفمند	پس آزمون	امید درمانی	ذهن‌آگاهی	۰/۳۳۳	۱
		امید درمانی	گواه	۲/۸۳۳	۰/۰۰۱
		ذهن‌آگاهی	گواه	۲/۵۰۰	۰/۰۰۲
	پیگیری	امید درمانی	ذهن‌آگاهی	۰/۱۶۶	۱
پذیرش خود	پس آزمون	امید درمانی	ذهن‌آگاهی	۰/۳۳۳	۱
		امید درمانی	گواه	۳/۵۰۰	۰/۰۰۴
		ذهن‌آگاهی	گواه	۳/۸۳۳	۰/۰۰۲
	پیگیری	امید درمانی	ذهن‌آگاهی	۰/۰۸۳	۱
بهزیستی روانشناختی در مجموع	پس آزمون	امید درمانی	ذهن‌آگاهی	۰/۶۶۶	۱
		امید درمانی	گواه	۱۹/۰۰۰	۰/۰۰۰۱
		ذهن‌آگاهی	گواه	۱۹/۶۶۶	۰/۰۰۰۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

پیگیری	امید درمانی	ذهن‌آگاهی	۰/۲۵۰	۱

براساس نتایج جدول فوق در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین دو رویکرد درمانی در هیچکدام از متغیرهای پژوهش تفاوت معنی‌داری وجود نداشت، این در حالی بود که هر دو رویکرد به صورت جداگانه در همه متغیرهای پژوهش اثربخش بودند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی مداخله آموزشی مبتنی بر رویکرد امید درمانی و رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروز بود. نتایج نشان داد مداخله امید درمانی در متغیر بهزیستی روانشناختی و همه مؤلفه‌های آن اثربخش بود. این یافته با نتایج مطالعات (رتنواتی[1] و همکاران، ۲۰۱۵؛ کلانی و همکاران، ۲۰۱۵) همسو بود. به اعتقاد کلانی و همکاران (۲۰۱۵) مداخله امید درمانی موجب بهبود بعد روانی کیفیت زندگی در زنان مبتلا به اماس در مقایسه با گروه کنترل شده است، اما در بهبود بعد جسمانی کیفیت زندگی اثربخشی معنی‌داری مشاهده نشد. بنابراین همراستا با نتایج این مطالعه مشخص شد که رویکرد امید درمانی باعث افزایش بهزیستی و در نهایت ارتقای کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری اماس می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت بر مبنای نظر اشنایدر و لوپز[2] امید به عنوان یک سازه روانشناختی شامل دو مفهوم توانایی طراحی گذرگاه‌هایی به سوی اهداف مطلوب به رغم موانع موجود و عاملیت یا عامل انگیزش لازم برای استفاده از این گذرگاه‌ها می‌باشد. انسان دارای دو نیمه مثبت و نیمه منفی است و اکنون هنگام آن است که علاوه بر آسیب‌پذیری‌ها به توانمندی‌ها و جنبه‌های مثبت وجود انسان توجه شود. در مرکز این نیمه مثبت، امید قرار دارد و یقیناً مزیت اصلی امید درمانی نسبت به سایر درمان‌های روانشناختی ایجاد تفکر امیدوارانه نسبت به زندگی و فائق آمدن بر مشکلات و اثرات مخرب آن در سطوح مختلف زندگی می‌باشد. برخوردار بودن از یک تفکر امیدوارانه و داشتن منابع کافی برای رسیدن به اهداف ابتدا سبب افزایش معنادار شدن زندگی، رضایت از زندگی، کیفیت زندگی و در نهایت باعث افزایش بهزیستی روانشناختی می‌شود (اسنایدر، ۲۰۰۵). تبیین دیگر بر مبنای نظر رتنواتی[3] و همکاران (۲۰۱۵) اینکه امید داشتن و امیدوار بودن یکی از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر در مواجهه با تنش‌هاست؛ به نحوی که افراد امیدوار در زندگی گذرگاه‌ها و عامل‌های بیشتری برای دنبال کردن اهداف خود دارند و هنگامی که با موانع برخورد می‌کنند، انگیزه خود را حفظ کرده و از گذرگاه‌های جانشین استفاده می‌کنند، اما افراد ناامید به دلیل اینکه گذرگاه‌ها و عامل‌های کمتری دارند در برخورد با موانع، انگیزه خود را از دست داده و دچار هیجان‌های منفی می‌شوند. به عبارت دیگر مؤلفه گذرگاه یا عامل یک باور شخصی است که باعث می‌شود فرد احساس کند که می‌تواند برای رسیدن به اهداف خود مسیرهای مختلفی را امتحان کرده و تحمل کند و این امر جز در سایه امیدواری امکان‌پذیر نخواهد بود. در نتیجه آموزش امید یا امید درمانی گذرگاه‌ها و عامل‌های بیشتری در اختیار افراد می‌گذارد که این عوامل از طریق افزایش دستیابی به اهداف، عزت نفس و خودکارآمدی باعث افزایش بهزیستی روانشناختی می‌شوند.

یافته دیگر این پژوهش نشان داد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روانشناختی و همه مؤلفه‌های آن مؤثر بود. این یافته با مطالعه (پرتو و بشارت، ۲۰۱۱؛ عسکری و همکاران، ۲۰۱۷؛ هوگرورف و همکاران، ۲۰۱۷) همخوان بود. شواهد پژوهش حاکی از آن است که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث افزایش کیفیت زندگی، بهزیستی و کاهش نشانه‌های روانشناختی در بیماران اماس می‌شود (عسکری و همکاران، ۲۰۱۷). از سویی در مطالعه‌ای که پژوهشگران به بررسی ارتباط ذهن‌آگاهی و بهزیستی هیجانی، بهزیستی روانشناختی و بهزیستی اجتماعی پرداختند که نتایج نشان داد بین بهزیستی هیجانی، بهزیستی روانشناختی، بهزیستی اجتماعی و ذهن‌آگاهی رابطه مثبت وجود دارد. به این معنی که با افزایش ذهن‌آگاهی، میزان بهزیستی افراد در هر سه بعد هیجانی، روانشناختی و اجتماعی افزایش یافت (پرتو و بشارت، ۲۰۱۱). در تبیین نتیجه فوق می‌توان بیان کرد که ذهن‌آگاهی با تمرکز بر واقعیت‌ها و توجه بر اساس اینجا و اکنون و همچنین عدم رد یا انکار موضوعات و مشکلات مختلف و در مقابل تجربه آن‌ها بزرگ‌نمایی فرد را کاهش می‌دهد و در نتیجه فرد مشکلات را آنچنان که هستند در نظر می‌گیرند، نه آنگونه که تحت تأثیر شرایط مختلف می‌پندارند، در نتیجه اگر با درک درست و واقع‌بینانه از مشکلات و به جای نادیده انگاشتن نواقص خود، آن‌ها را به وضوح مشاهده کنند، باعث به وجود آمدن رویکرد مثبت‌تر

1. Retnowati
2. Snyder & Lopez
3. Retnowati

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

و نگرش خوشبینانه به زندگی می‌شود و از این طریق فرد با ملایمت خود را برای تغییرات زندگی ترغیب کرده و الگوهای رفتاری مضر و نامطلوب خود را اصلاح می‌کند. هنگام روبرو شدن با شرایط ناگوار به جای واکنش‌هایی که منجر به بدتر شدن شرایط می‌شود، حالتی از آگاهی و پذیرش در او ایجاد می‌شود و توانایی روبه رو شدن آگاهانه با موضوع را دارند و می‌تواند آرامش خود را حفظ کنند و راه‌حلی منطقی برای آن بیابد و این فرایند سبب بهبود بهزیستی روانشناختی می‌شود.

یافته دیگر این پژوهش نشان داد بین دو رویکرد امید درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روانشناختی و مؤلفه‌های آن تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. مطالعه‌ای که عیناً به این یافته بپردازد یافت نشد اما می‌توان گفت این یافته با نتایج مطالعات (عسکری و همکاران، ۲۰۱۷؛ فانچیولاچی و همکاران، ۲۰۱۷) همسو بود. بر اساس شواهد پژوهشی می‌توان بهزیستی روانشناختی با درک وضعیت جدید زندگی مرتبط است. در بیمارانی که کمتر آسب دیده‌اند، وضعیت روانشناختی می‌تواند مسئولیت مربوط به درمان توانبخشی را تحت تأثیر قرار دهد (فانچیولاچی و همکاران، ۲۰۱۷). در تبیین این یافته می‌توان گفت امید درمانی به عنوان یک مداخله موجب افزایش توان افراد در مقابله با موقعیت‌های تنش‌زا و چالش‌انگیز بیماری می‌شود، لذا این نوع از روش درمانی ابتدا میزان سازگاری، خوشبینی، ابراز وجود و اعتماد به نفس افراد را افزایش می‌دهد. در نتیجه آنان موقعیت‌های تنش‌زا و چالش‌انگیز از جمله بیماری اماس را قابل کنترل و قابل مدیریت می‌بینند و نگرش‌های خوشبینانه‌تری دارد که همه این عوامل توان کنار آمدن با شرایط دشوار و افزایش بهزیستی روانشناختی را در پیش دارد. از سویی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به افراد می‌آموزد چگونه مهارت‌های عادتی را از حالت نیرومندی خارج و منابع پردازش اطلاعات را به طرف اهداف خنثی مانند تنفس متوجه کرده و شرایط را برای تغییر آماده نمایند. همچنین ذهن‌آگاهی از نظر توجه و آگاهی فرد را نسبت به احساسات فیزیکی و روانی بیشتر می‌کند و احساس اعتماد در زندگی، دلسوزی عمیق، احساس عشق عمیق به دیگران و پذیرش واقعی رخدادهای زندگی را افزایش می‌دهد، می‌تواند باعث شناخت توانایی‌های فرد توسط خودش شود، استرس را کاهش و میزان حل مسائل و چالش‌ها را افزایش دهد. در نتیجه آموزش ذهن‌آگاهی از طریق تکنیک‌های ارائه شده می‌تواند باعث بهبود بهزیستی روانشناختی در افراد شود. تبیین دیگر اینکه یکی از اثرات ذهن‌آگاهی، نفوذ یا رخنه است. نفوذ به عنوان افزایش ذهن‌آگاهی در دامنه فعالیت‌های روزانه زندگی می‌باشد. به عبارت دیگر به رشد و تداوم آگاهی در طول روز و افزایش خود به خودی تجربه آگاهی اشاره دارد که بدون قصد قبلی فراهم می‌شود و به اثرات طولانی مدت ذهن‌آگاهی روی توجه افراد به محیط پیرامون و اتفاقات روزمره اشاره دارد که فرد با پذیرش و آگاهی هرچه بیشتر رویدادها مواجه و بهتر مشکلات روزمره زندگی را رفع می‌نماید، به دیگران کمک می‌کند و از آن‌ها در صورت نیاز درخواست کمک می‌کند. در نتیجه آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث افزایش بهزیستی روانشناختی در بیماران دارای اماس می‌شود.

به صورت کلی می‌توان گفت نتایج این پژوهش حاکی از اثربخشی هر دو رویکرد امید درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروز بود. این درمان‌ها هر کدام توانستند به تنهایی باعث ارتقای مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی و در نتیجه ارتقای بهزیستی زنان گروه نمونه شوند. بنابراین هر کدام از این درمان‌ها در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری را نشان داد، این در حالی بود که در مقایسه این دو روش با یکدیگر، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد و می‌توان گفت هر دو رویکرد تقریباً به یک اندازه در بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروز مؤثر بودند.

مانند هر پژوهش این مطالعه نیز محدودیت‌هایی داشته است. محدود بودن پژوهش به قلمرو مکانی و زمانی زنان مبتلا به اماس شهر تهران، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ ساله، روش نمونه‌گیری در دسترس، تک جنسیتی بودن مطالعه، استفاده از پرسشنامه به عنوان یک ابزار خودگزارشی، محدود بودن روش مطالعه به مداخلات آموزشی و همراستایی مطالعه با همه‌گیری ویروس کرونا از محدودیت‌های این مطالعه بود. بر اساس این محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود از روش نمونه‌گیری مناسب‌تری در مطالعات آتی استفاده شود. پیشنهاد می‌شود به تکنیک‌ها و تمرین‌های این دو رویکرد توجه ویژه شود و متخصصان حوزه درمان از این رویکردها در قالب کارگاه آموزشی، سخنرانی و درمان افراد مختلف جامعه را از اهمیت این رویکردها در بهزیستی روانشناختی آگاه سازند. انجام متغیرهای این پژوهش بر روی گروه‌های دیگر و مردان مبتلا که قابلیت اجرا داشته و مقایسه با نتایج این مطالعه، انجام دوره پیگیری بلندمدت‌تر برای ماندگاری اثر امید درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، استفاده از متغیرها با بهره‌گیری از سایر روش‌ها (همبستگی، رگرسیون، مدلیابی معادلات ساختاری و ...)، انجام متغیرهای مطالعه در کنار متغیرهای مختلف دیگر در سایر افراد و توجه به ویژگی‌های شخصیتی و فرهنگی افراد از جمله پیشنهادات این پژوهش می‌باشد.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

منابع

فخرمند، ع؛ ابراهیمی‌نژاد، ح و فضیلت‌پور، م (۱۳۹۸). اثربخشی مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر حافظه فعال در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس و افراد سالم. *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۱۰(۳۸)، ۱۴۶-۱۲۵. https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_4238.html?lang=en

عسکری، م؛ رادمهر؛ ح؛ محمدی، ح و جهانگیر، ا (۱۳۹۵). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش نشانه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به MS. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۳۴(۴۱۰)، ۱۴۹۵-۱۴۸۷. https://jims.mui.ac.ir/article_15115.html

بخشی‌پور، ب و رمضان‌زاده، ث (۱۳۹۵). تعیین تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن (MBCT) بر افسردگی، کیفیت زندگی و اضطراب بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *مجله مطالعات علوم پزشکی*، ۲۷(۵)، ۳۶۴-۳۵۲. http://umj.umsu.ac.ir/article-1-3548-en.html

وحیدیان، ز؛ نوریان، خ؛ وحیدیان، ا و رویین‌تن، س (۱۳۹۹). آموزش مهارت‌های زندگی بر بهزیستی روانشناختی و سرمایه روانشناختی در پرستاران بیمارستان شهید بهشتی شهر یاسوج. *مجله ارمغان دانش*، ۲۵(۲)، ۳۱۲-۳۰۱. http://armaghanj.yums.ac.ir/article-1-2424-fa.html

Azami, M., YektaKooshali, M. H., Shohani, M., Khorshidi, A., & Mahmudi, L. (2019). Epidemiology of multiple sclerosis in Iran: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, *14*(4), 0214738. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214738

Bebo, B., Cintina, I., LaRocca, N., Ritter, L., Talente, B., Hartung, D., ... & Yang, G. (2022). The economic burden of multiple sclerosis in the United States: estimate of direct and indirect costs. *Neurology*, *98*(18), 1810-1817. DOI: 10.1212/WNL.0000000000200150

Buckley, A. W., Hirtz, D., Oskoui, M., Armstrong, M. J., Batra, A., Bridgemohan, C., ... & Ashwal, S. (2020). Practice guideline: Treatment for insomnia and disrupted sleep behavior in children and adolescents with autism spectrum disorder: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, *94*(9), 392-404. doi: 10.1212/WNL.0000000000009033

Carletto, S., Cavalera, C., Sadowski, I., Rovaris, M., Borghi, M., Khoury, B., ... & Pagnini, F. (2020). Mindfulness-based interventions for the improvement of well-being in people with multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic medicine*, *82*(6), 600-613. DOI: 10.1097/PSY.0000000000000819

Carletto, S., Tesio, V., Borghi, M., Francone, D., Scavelli, F., Bertino, G., ... & Ostacoli, L. (2017). The effectiveness of a body-affective mindfulness intervention for multiple sclerosis patients with depressive symptoms: a randomized controlled clinical trial. *Frontiers in psychology*, 2083. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02083

Crego, A., Yela, J. R., Gómez-Martínez, M. Á., & Karim, A. A. (2020). The contribution of meaningfulness and mindfulness to psychological well-being and mental health: A structural equation model. *Journal of Happiness Studies*, *21*, 2827-2850. https://doi.org/10.1007/s10902-019-00201-y

Fanciullacci, C., Straudi, S., Basaglia, N., & Chisari, C (2017). The role of psychological well-being in multiple sclerosis rehabilitation. Eur J Phys Rehabil Med, 53(1), 105-113. DOI: 10.23736/S1973-9087.16.04158-7

Hauser, S. L., & Cree, B. A. (2020). Treatment of multiple sclerosis: a review. *The American journal of medicine*, *133*(12), 1380-1390. https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2020.05.049

Hoogerwerf, A. E., Bol, Y., Lobbestael, J., Hupperts, R., & van Heugten, C. M. (2017). Mindfulness-based cognitive therapy for severely fatigued multiple sclerosis patients: a waiting list controlled study. *Journal of rehabilitation medicine*, *49*(6), 497-504. https://doi.org/10.2340/16501977-2237

Kabat-Zinn, J. (2015). Mindfulness. *Mindfulness*, *6*(6), 1481-1483. https://doi.org/10.1007/s12671-015-0456-x

Kalani, N., Mosalanejad, L., Zabetian, H., & Abdolahifard, S. (2015). The effect of group hope therapy integrated with mobile learning on hope and perceived stress levels in MS patients. *Biosciences, Biotechnology Research Asia*, *12*(3), 1947-55. DOI: http://dx.doi.org/10.13005/bbra/1861

Khan, M.M., Hill, P.L., & O'Brien, C (2023). Hope and healthy lifestyle behaviors in older adulthood. Aging & Mental Health, 1-7. https://doi.org/10.1080/13607863.2023.2188171

Kołtuniuk, A., Pytel, A., Krówczyńska, D., & Chojdak-Łukasiewicz, J. (2022). The Quality of Life and Medication Adherence in Patients with Multiple Sclerosis—Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(21), 14549. https://doi.org/10.3390/ijerph192114549

Lin, P. A. N. G., & Kunjuan, J. I. N. G. (2022). Application progress of Snyder's hope theory in the nursing of chronic non-malignant patients. *Journal of Hebei Medical College for Continuing Education*, *39*(2), 48-53. DOI: 10.3969/j.issn.1674-490X.2022.02.007

Maguire, R., & Maguire, P. (2020). Caregiver burden in multiple sclerosis: recent trends and future directions. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, *20*, 1-9. https://doi.org/10.1007/s11910-020-01043-5

Marrie, R. A., Allegretta, M., Barcellos, L. F., Bebo, B., Calabresi, P. A., Correale, J., ... & Tremlett, H. (2022). From the prodromal stage of multiple sclerosis to disease prevention. *Nature Reviews Neurology*, *18*(9), 559-572. https://doi.org/10.1038/s41582-022-00686-x

McIntosh, R., Ironson, G., & Krause, N. (2021). Keeping hope alive: Racial-ethnic disparities in distress tolerance are mitigated by religious/spiritual hope among Black Americans. *Journal of psychosomatic research*, *144*, 110403. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110403

Oliva Ramirez, A., Keenan, A., Kalau, O., Worthington, E., Cohen, L., & Singh, S. (2021). Prevalence and burden of multiple sclerosis-related fatigue: a systematic literature review. *BMC neurology*, *21*, 1-16. https://doi.org/10.1186/s12883-021-02396-1

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

Parto, M., & Besharat, M. A. (2011). Mindfulness, psychological well-being and psychological distress in adolescents: Assessing the mediating variables and mechanisms of autonomy and self-regulation. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *30*, 578-582. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.112

Pouyanfard, S., Mohammadpour, M., ParviziFard, A. A., & Sadeghi, K. (2020). Effectiveness of mindfulness-integrated cognitive behavior therapy on anxiety, depression and hope in multiple sclerosis patients: a randomized clinical trial. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, *42*, 55-63. https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0105

Rash, J. A., Kavanagh, V. A., & Garland, S. N. (2019). A meta-analysis of mindfulness-based therapies for insomnia and sleep disturbance: moving towards processes of change. *Sleep medicine clinics*, *14*(2), 209-233. https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2019.01.004

Retnowati, S., Ramadiyanti, D. W., Suciati, A. A., Sokang, Y. A., & Viola, H. (2015). Hope intervention against depression in the survivors of cold lava flood from Merapi mount. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *165*, 170-178. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.619

Ryff, C.D (2017). Eudaimonic well-being, inequality, and health: Recent findings and future directions. International review of economics, 64(4), 159-178. https://doi.org/10.1007/s12232-017-0277-4

Ryff, C.D., & Keyes, C.L.M (1995). The structure of psychological well-being revisited. J of personality and social psychology, 69(4), 719-727. https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719

Senders, A., Hanes, D., Bourdette, D., Carson, K., Marshall, L. M., & Shinto, L. (2019). Impact of mindfulness-based stress reduction for people with multiple sclerosis at 8 weeks and 12 months: A randomized clinical trial. *Multiple sclerosis journal*, *25*(8), 1178-1188. https://doi.org/10.1177/1352458518786650

Simpson, R., Simpson, S., Wasilewski, M., Mercer, S., & Lawrence, M. (2022). Mindfulness-based interventions for people with multiple sclerosis: a systematic review and meta-aggregation of qualitative research studies. *Disability and rehabilitation*, *44*(21), 6179-6193. https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1964622

Snyder, C. R. (2005). Teaching: The lessons of hope. *Journal of Social and clinical psychology*, *24*(1), 72-84. https://doi.org/10.1521/jscp.24.1.72.59169

Strober, L.B (2018). Quality of life and psychological well-being in the early stages of multiple sclerosis (MS): Importance of adopting a bio psychosocial model. *Disability and health Journal, 11(4)*, 555-561. https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2018.05.003

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]