

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

Ghasem Khaleqi

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.

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.

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.

چکیده

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 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 (1989) را تکمیل کردند. پس از آن گروه‌های آزمایش مداخلات درمانی را دریافت کردند. پس از اتمام مداخلات، هر سه گروه پس‌آزمون را دریافت کردند. در نهایت پس از گذشت سه ماه مجدد 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 ($P<0.05$). گروه‌های مداخله امید درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در متغیر بهزیستی روانشناختی تفاوت معنی‌داری با گروه گواه داشتند. این در حالی بود که بین دو گروه امید درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند در ارتقای بهزیستی روانشناختی زنان دارای بیماری اماس مؤثر باشد.

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

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس^۱ 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^۲ 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 (اویوا رامیرز^۳ و همکاران، ۲۰۱۹). پژوهشگران میزان بروز اماس را در ایران از 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 گفتاری، اختلال شناختی، درد، تاری دید، دویینی، سرگیجه، ضعف اندام، آتاکسی، بی‌حسی و سوزش اندام و مشکلات ادراری و روده را ایجاد می‌کند (هاسر و کری^۴، ۲۰۲۰). این علائم اغلب منجر به کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پایین، ناتوانی عصب‌شناختی و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی بالا می‌شود (ببو^۵ 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 گستره‌های 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^۶، ۲۰۲۰). نتایج نشان می‌دهد عوامل روانی- اجتماعی متعددی بیماران اماس را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

یکی از این مفاهیم که توسط ریف^۷ (۱۹۸۹) مطرح شد، بهزیستی روانشناختی^۸ 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 خودنمختاری (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 (استروب، 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^۹ و همکاران، ۲۰۲۲). اماس می‌تواند عاقب 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 (استروب، ۲۰۱۸). بر اساس نظر پژوهشگران بین بهزیستی، امید به زندگی، سلامت فیزیکی و سبک زندگی سالم همبستگی قوی وجود دارد (خان^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۳). پژوهشگران بر این عقیده هستند که در کنار داروهای درمانی، می‌توان از روان‌درمانی‌های مختلف برای کاهش بیماری‌ها بهره برد (فانچیولاجی^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۷). از این رو در میان انواع روان‌درمانی‌ها، شواهد بیشتری برای تأثیر درمانی تکنیک‌های شناختی - رفتاری برای درمان علائم روانشناختی بیماری اماس به ویژه افسردگی وجود دارد (بوکلی^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۰). همانند سایر شرایط مزمن، اندازه اثر درمان شناختی - رفتاری برای اماس متوسط به بالاست (کارلتون^{۱۳} 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^{۱۴} 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. Koltuniuk
11. Khan
12. Fanciullacci
13. Buckley
14. Carletto
15. Simpson

همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین، بیماران مبتلا به اماس علاوه بر درمان‌هایی که علائم اولیه را هدف قرار می‌دهند، نیاز به درمان‌هایی دارند که سایر مشکلات آن‌ها را مرتفع نماید، تا بتوانند با سلامت روان بالاتر به مقابله با این بیماری بپردازند. 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^۱ یکی از از درمان‌هایی است که می‌تواند به ارتقاء بیزیستی روانشناختی بیماران اماس کمک کند. امید درمانی، یک برنامه درمانی است که بر اساس نظریه امید اشتایدر^۲ به منظور افزایش تفکر امیدوارانه و تقویت فعالیت‌های مرتبط با پیگیری هدف طراحی شده است. اشتایدر 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 توافقی طراحی گذرگاه‌ها تعريف کرده است (لین و کونجان، ۲۰۲۲). امید درمانی از درمان شناختی- رفتاری، درمان راه حل‌دار و درمان داستانی یا روایتی مشتق می‌شود. هدف این روش درمانی، کمک به مراجعت 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^۳ 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^۴ است. از لحاظ نظری ذهن‌آگاهی با بهزیستی روان‌شناختی مربوط است، ذهن‌آگاهی عبارت است از آگاهی و پذیرش غیر قضاوی 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 (کارلتون 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^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). فنون ذهن‌آگاهی منجر به بهبود بی‌خوابی در افراد مبتلا به سلطان می‌گردد (راش^۶ 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 رامیز 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 پیشنهادهای پژوهشی نیز حاکی از اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش خستگی (هوگرورف^۷ و همکاران، ۲۰۱۷) و کاهش افسردگی (کارلتون و همکاران، ۲۰۱۷)، بیماران ام اس بود. همچنین پژوهشگران 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 (ستدرز^۸ 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 پیش‌بینی کننده‌های 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

به عوامل بیماری هستند. به این معنی که عوامل روانشناختی، برخلاف عوامل بیماری، از طریق مداخلات روانشناختی قابل تغییر هستند. مطالعات در مورد ناراحتی‌های هیجانی و سلامت مرتبط با کیفیت زندگی، تمرکز زیست پژوهشی سنتی را در تحقیقات اماس گسترش داد، اما به ساختهای بهزیستی روانشناختی کلی توجه کمتری شد. لذا هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی امید درمانی 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 منشکل 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 ۳ G Powe = ۰/۰۵؛ ضریب آلفا = 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 غبیت بیش از ۳ جلسه در جلسات آموزشی، انجام ندادن تکالیف محوله، وقوع حوادث غیرمتربقه 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 مرکز مشاوره تهران آموزش داده شد (مرکز دارای فضا، امکانات و تجهیزات آموزشی مناسب بود). تمام افراد مشارکت کننده در پژوهش که حاضر به همکاری شدند، پرسشنامه‌ها را به صورت گروهی در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل کردند 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. محramانه بودن اطلاعات کسب شده، جلب رضایت آگاهانه آزمودنی‌های پژوهش، عدم انتشار اطلاعات شرکت کنندگان به دیگران و ایجاد یک جو اطمینان‌بخش از جمله ملاحظاتی بود که پژوهشگر مدنظر قرار داد. در نهایت برای تحلیل داده‌های پژوهش از روش تحلیل واریانس مختلط با کمک نرم‌افزار SPSSv19 استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف فرم کوتاه-۱۸ (PWB-SF)^۱: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط ریف طراحی شد. فرم اصلی آن دارای ۱۲۰ ماده می‌باشد ولی در بررسی‌های بعدی فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴ ماده‌ای و ۱۸ ماده‌ای نیز پیشنهاد گردید. این مقیاس ۱۸ گویه دارد و براساس لیکرت شش درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۶ (کاملاً موافق) 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) و حداکثر نمره ۱۰۸ می‌باشد و دارای ۶ مؤلفه شامل پذیرش خود (۱، ۴ و ۶)، زندگی هدفمند (۵، ۱۴ و ۱۶) و رشد شخصی (۷، ۱۵ و ۱۷) می‌باشد. تدوین کنندگان روای محتوایی پرسشنامه را ۸۵٪ و ضریب همسانی درونی کل آزمون را با استفاده از روش آلفای کرونباخ حدود ۰/۵۵ گزارش دادند (Rيف و كييزز، ۱۹۹۵). این پرسشنامه در ایران مورد استفاده قرار گرفت که میزان روای 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 بود.

1. psychological well-being short form
2. Keyes

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

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

جلسه	اهداف	محثوا
اول	آشنایی	اجرای پیش آزمون، آشنایی اعضا با یکدیگر با درمانگر و ساختار گروه، معرفی برنامه آموزشی و هدف از اجرای آن.
دوم	تعريف امید و هدف‌یابی	تعريف، توضیح و بیان ویژگی‌های هدف، بیان اهمیت هدفمند بودن در زندگی و تمرين‌های 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، موضع 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 راهیابی افزایش امید در افراد، صحبت در مورد موضع رسیدن به هدف، صحبت در مورد خودگویی‌های منفی به عنوان یکی از موضع، دلیل استفاده از خودگویی‌های منفی، بیان استراتژی‌هایی برای تغییر خودگویی‌های منفی.
ششم	موانع رسیدن به هدف	صحبت در مورد اهمیت افراد در حفظ بهبودی اطرافیان و همسرشان، ارائه راهکارهایی برای جلوگیری از دور شدن از مسیر رسیدن به هدف
هفتم	حفظ و ابقاء امید در زندگی	جمع‌بندی جلسات، گرفتن بازخورد از اعضای گروه و مشخص کردن جلسه پیگیری و پس‌آزمون.
هشتم	جمع‌بندی و پس‌آزمون	جمع‌بندی جلسات ذهن آگاهی: این برنامه بر اساس الگوی جان کابات-زین ^۱ (۱۹۹۰) طراحی شده است که در این پژوهش در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته (هفته‌ای دو روز) به گروه آزمایش ذهن آگاهی آموزش داده شد. خلاصه جلسه درمانی به شرح زیر می‌باشد.

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

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

جلسه	اهداف	محثوا
اول	معارفه و موضوع آموزش و گرفتن پیش‌آزمون	هدایت خودکار؛ تعیین اصول و قواعد دوره و مزدهای 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). تمرين‌های جلسه: خوردن یک کشمش همراه با ذهن آگاهی، تأمل وارسی بدنبال
دوم	مقابله با موانع	تمرينات جلسه: تأمل وارسی بدنبال، ده دقیقه تنفس با ذهن آگاهی، معطوف کردن توجه به یک فعالیت روزمره به شیوه‌ای متفاوت.
سوم	ذهن آگاهی بر روی تنفس (در زمان حرکت)	حرکت با حالت ذهن آگاهانه «تمرين تنفس و کشش» انجام حرکت کششی و تنفس با حالت حضور ذهن و به دنبال آن انجام تأمل در وضعیت نشسته متمرکز بر آگاهی از تنفس و بدنه. این تمرين‌ها می‌توانند با یک تمرين کوتاه ذهن آگاهی دیداری یا شنیداری آغاز شوند. سه دقیقه فضای تنفس.
چهارم	ماندن در زمان حال	بنج دقیقه حضور ذهن دیداری یا شنیداری، تأمل در وضعیت نشسته (آگاهی از تنفس، بدنه، اصوات، افکار و آگاهی‌های بدون جهت‌گیری خاص)، فضای سه دقیقه‌ای تنفس - معرفی این روش به عنوان راهبردی مقابله‌ای برای استفاده در زمان‌هایی که شرایط احساسات دشواری را بر می‌انگیزاند، راه گرفتن با حالت حضور ذهن. تکالیف جلسه: شناسایی آن چه تجربه‌های ناخواهای محسوب می‌شوند. تعریف قلمرو افسردگی - یا حوزه دیگری که مشکل اعضا می‌باشد مانند خستگی مزمن، استرس و....
پنجم	پذیرش و اجازه / مجوز حضور	تأمل در وضعیت نشسته - آگاهی از تنفس و بدنه؛ تاکید بر چگونگی واکنش دهنی به افکار، احساسات و حس‌های بدنه ایجاد شده؛ معرفی یک حالت دشوار در تمرين و کاوش اثراتش بر روی بدنه و ذهن و سه دقیقه فضای تنفس. خواندن شعر میهمان

1. Kabat-Zinn

جلسه	اهداف	محظوظ
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.
هفتم	نحوه مراقبت از خود به بهترین شکل	تأمل در وضعیت نشسته - آگاهی از تنفس و بدن، معروفی مشکل مربوط به تمرین و پی بردن به اثراتش بر روی بدن و ذهن سه دقیقه فضای نفس، 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.
هشتم	استفاده از آموخته‌ها برای کنار آمدن با وضعیت‌های خلقی در آینده	تأمل در وضعیت نشسته - آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکارو هیجان‌ها، سه دقیقه فضای نفس 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.
انجام پس آزمون	یافته‌ها	تأمل وارسی بدنی به پایان رساندن تأمل، 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 شرکت کنندگان برای انعکاس نظرات خود درباره دوره.

یافته‌ها

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 امید درمانی $28/91 \pm 3/67$ و گروه گواه $29/83 \pm 3/32$ بود. همچنین سابقه ابتلا به بیماری در افراد نمونه ۴ تا ۱۰ سال بود. میانگین و انحراف معیار سال‌های ابتلا برای گروه امید درمانی $10 \pm 91/90$ ، گروه شناخت درمانی $2/50 \pm 0/80$ و برای گروه گواه $2/16 \pm 0/72$ بود. سال همه افراد پژوهش خانم بودند. در گروه امید درمانی تعداد ۴ نفر ($33/3\%$) تحصیلات دیپلم، ۳ نفر (25%) تحصیلات کاردانی، ۴ نفر ($33/3\%$) دارای تحصیلات لیسانس و ۱ نفر ($8/3\%$) تحصیلات ارشد و بالاتر داشت. در گروه شناخت درمانی نیز تعداد ۳ نفر (25%) تحصیلات دیپلم، ۳ نفر ($22/3\%$) دارای تحصیلات لیسانس و ۲ نفر ($16/7\%$) دارای تحصیلات ارشد و بالاتر داشتند. همچنین در گروه گواه تعداد ۲ نفر ($16/7\%$) تحصیلات دیپلم، ۳ نفر (25%) تحصیلات کاردانی، ۴ نفر ($23/3\%$) دارای تحصیلات لیسانس و ۱ نفر ($8/3\%$) تحصیلات ارشد و بالاتر داشت. از سویی در گروه امید درمانی تعداد ۵ نفر ($41/7\%$) مجرد و ۷ نفر ($58/3\%$) متاهل بودند. در گروه شناخت درمانی ۴ نفر ($33/3\%$) مجرد و ۸ نفر ($66/7\%$) متأهل بودند. همچنین برای گروه گواه ۴ نفر ($33/3\%$) مجرد و ۸ نفر ($66/7\%$) متأهل بودند. در ادامه یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون(انحراف معیار \pm میانگین)	پس آزمون(انحراف معیار \pm میانگین)	پیگیری(انحراف معیار \pm میانگین)
بهزیستی روانشناسی	امید درمانی	$68/20 \pm 17/24$	$5 \pm 94/44$	$91/4 \pm 92/60$
گواه	ذهن‌آگاهی	$68/10 \pm 67/06$	$5 \pm 67/94/36$	$93/6 \pm 17$
امید درمانی	ذهن‌آگاهی	$68/21 \pm 50/01$	$7 \pm 75/87$	$73/10 \pm 58/39$
خودنمختاری	ذهن‌آگاهی	$11/4 \pm 0/834$	$15/1 \pm 23/67$	$1 \pm 15/41$
تسلط بر محیط	امید درمانی	$11/2 \pm 42/19$	$15/1 \pm 83/95$	$15/1 \pm 33/43$
	گواه	$3 \pm 11/86$	$12/1 \pm 58/68$	$12/2 \pm 0/8/19$
	امید درمانی	$12/4 \pm 25/31$	$16/0 \pm 33/98$	$15/2 \pm 83/72$
	ذهن‌آگاهی	$12/2 \pm 0/8/57$	$16/1 \pm 92/08$	$16/1 \pm 17/11$

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

بر اساس جدول فوق، می‌توان گفت که در متغیر بهزیستی روانشناختی و مؤلفه‌های آن میانگین گروه‌های آزمایش نسبت به گروه گواه در مراحل پس‌ازمون 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 پیش‌ازمون، پس‌ازمون و پیگیری برای هر سه گروه برقرار بود ($p < 0.05$). افزون بر آن برای برابری مارتبس واریانس-کواریانس از آزمون باکس استفاده شد که نتایج حاکی از برقراری این مفروضه بود ($M = 24/0.84$, $P = 0.053$, $F = 1/739$). افزون بر آن بهمنظور بررسی واریانس‌های خطای آزمون لون استفاده شد. نتایج نشان داد برای اکثر متغیرها فرض واریانس‌های خطای برقرار بود. بنابراین می‌توان پیش شرط برابری واریانس‌های خطای مفروضه واریانس-کواریانس را پذیرفت و از اندازه اثر پیلای 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 پیلای	F	Df فرضیه	Df خطای	Sig	مجذور اتا
گروه		۰/۶۹۲	۴/۱۰۲	۸	۶۲	۰/۰۰۱	۰/۳۴۶
بین‌آزمودنی		۰/۶۸۰	۸/۲۰۸	۷	۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۰
درون‌آزمودنی		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 ($F_{62,8} = 4/10.2$, $p = 0.001$) و (اثر پیلای) و درون‌گروهی زمان ($F_{27,7} = 8/20.8$, $p = 0.0001$) (اثر پیلای) و تعامل زمان و گروه ($F_{56,14} = 2/0.05$, $p = 0.034$) (اثر پیلای) 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 هوین فلت 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	۶۰/۱۶/۵۹۱	۳۳/۳۰۶	۰/۰۰۱	۰/۵۰۳
زمان * گروه	زمان	۲۰۲۴/۲۵۹	۲/۸۲۴	۷۱۶/۸۸۲	۳/۹۸۰	۰/۰۱۵	۰/۱۹۴

مقایسه اثربخشی مداخله آموزشی مبتنی بر رویکرد امید درمانی و رویکرد شناختی روانشناختی زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروز
Comparing the Effectiveness of Educational Intervention based on Hope Therapy Approach and Cognitive Therapy ...

۰/۳۸۱	۰/۰۰۱	۲۰/۳۴۷	۱۶۳/۴۱۸	۱/۵۲۰	۲۴۸/۴۶۳	زمان	خودمختاری
۰/۳۳۱	۰/۰۰۱	۸/۱۷۱	۵۴/۸۴۳	۲	۱۰۹/۶۸۵	زمان * گروه	
۰/۲۷۱	۰/۰۰۱	۱۲/۲۹۸	۱۱۲/۸۴۴	۱/۹۴۶	۲۱۹/۵۵۶	زمان	سلط بر محیط
۰/۲۲۹	۰/۰۱۴	۴/۸۸۹	۶۳/۵۸۳	۲	۱۲۷/۱۶۷	زمان * گروه	
۰/۳۵۵	۰/۰۰۱	۱۸/۴۵۴	۱۶۰/۴۴۵	۱/۵۷۰	۲۵۱/۶۸۵	زمان	رشد شخصی
۰/۴۱۶	۰/۰۰۰۱	۱۱/۷۵۲	۶۹/۶۲۰	۲	۱۳۹/۲۴۱	زمان * گروه	
۰/۳۴۱	۰/۰۰۱	۱۷/۰۵۵	۲۰۴/۱۳۷	۱/۳۷۳	۲۸۰/۲۲۲	زمان	روابط مثبت با دیگران
۰/۲۶۰	۰/۰۰۷	۵/۷۸۶	۴۲/۳۶۱	۲	۸۴/۷۲۲	زمان * گروه	
۰/۳۴۲	۰/۰۰۱	۱۷/۱۵۴	۱۲۷/۹۴۵	۱/۵۲۳	۱۹۴/۹۰۷	زمان	زندگی هدفمند
۰/۳۱۶	۰/۰۰۲	۷/۶۱۱	۴۳/۵۰۹	۲	۸۷/۰۱۹	زمان * گروه	
۰/۳۱۵	۰/۰۰۱	۱۵/۱۷۳	۱۱۵/۴۷۴	۱/۹۹۹	۲۳۰/۸۸۹	زمان	
۰/۱۵۰	۰/۰۲۸	۲/۹۰۱	۲۲/۰۷۵	۳/۹۹۹	۸۸/۲۷۸	زمان * گروه	پذیرش خود

نتایج آزمون تک متغیری هوین فلت 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 معنی داری 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	پس آزمون	امید درمانی	۰/۵۰۰	۱
خودمختاری	پس آزمون	امید درمانی	۲/۷۵۰	۰/۰۰۲
پیگیری		امید درمانی	۳/۲۵۰	۰/۰۰۰۱
سلط بر محیط	پس آزمون	امید درمانی	۰/۳۳۳	۱
سلط بر محیط	پس آزمون	امید درمانی	۰/۵۸۳	۱
سلط بر محیط	پس آزمون	امید درمانی	۳/۴۱۶	۰/۰۰۵
رشد شخصی	پس آزمون	امید درمانی	۴/۰۰۰	۰/۰۰۱
رشد شخصی	پیگیری	امید درمانی	۰/۳۳۳	۱
رشد شخصی	پیگیری	امید درمانی	۰/۲۵۰	۱
پیگیری		امید درمانی	۳/۲۵۰	۰/۰۰۰۱
پیگیری		امید درمانی	۳/۵۰۰	۰/۰۰۰۱
پیگیری		امید درمانی	۰/۲۵۰	۱
پیگیری		امید درمانی	۰/۱۶۶	۱
پیگیری		امید درمانی	۳/۰۰۰	۰/۰۰۱
پیگیری		امید درمانی	۲/۸۳۳	۰/۰۰۱
پیگیری		امید درمانی	۰/۰۸۳	۱
پیگیری		امید درمانی	۰/۳۳۳	۱
پیگیری		امید درمانی	۲/۸۳۳	۰/۰۰۱
پیگیری		امید درمانی	۲/۵۰۰	۰/۰۰۲
پیگیری		امید درمانی	۰/۱۶۶	۱
پیگیری		امید درمانی	۰/۳۳۳	۱
پیگیری		امید درمانی	۳/۵۰۰	۰/۰۰۴
پیگیری		امید درمانی	۳/۸۲۳	۰/۰۰۲
پیگیری		امید درمانی	۰/۰۸۳	۱
پیگیری		امید درمانی	۰/۶۶۶	۱
پیگیری		امید درمانی	۱۹/۰۰۰	۰/۰۰۰۱
مجموع	پس آزمون	امید درمانی	۱۹/۶۶۶	۰/۰۰۰۱

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 (رتواتی^۱ 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 درنهایت ارتقای کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری اماس می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت بر مبنای نظر اشتایدر و لوپز^۲ امید به عنوان یک سازه روانشناختی شامل دو مفهوم توانایی طراحی گذرگاههایی به سوی اهداف مطلوب به رغم موضع 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 و داشتن منابع 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 درنهایت باعث افزایش بهزیستی روانشناختی می‌شود (اشتايدر، ۲۰۰۵). تبیین دیگر بر مبنای نظر رتواتی^۳ و همکاران (۲۰۱۵) اینکه امید داشتن و امیدوار بودن یکی از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر در مواجهه با تنש‌هastت؛ به نحوی که افراد امیدوار در زندگی گذرگاهها و عامل‌های بیشتری برای دنبال کردن اهداف خود دارند و هنگامی که با موضع برخورد می‌کنند، انگیزه خود را حفظ کرده و از گذرگاههای جانشین استفاده می‌کنند، اما افراد نامید به دلیل اینکه گذرگاهها و عامل‌های کمتری دارند در برخورد با موضع، 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 امکان‌بزیر 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 شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روانشناختی و همه مؤلفه‌های آن مؤثر بود. این یافته با مطالعه (پرتو و بشارت، ۲۰۱۱؛ عسکری و همکاران، ۲۰۱۷؛ هوگروف 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 مثبت تر

1. Retnowati

2. Snyder & Lopez

3. Retnowati

مقایسه اثربخشی مداخله آموزشی مبتنی بر رویکرد امید درمانی و رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلرroz
Comparing the Effectiveness of Educational Intervention based on Hope Therapy Approach and Cognitive Therapy ...

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 روپردازی ناگوار به جای واکنش‌هایی که منجر به بدتر شدن شرایط می‌شود، حالتی از آگاهی و پذیرش در او ایجاد می‌شود و توانایی رویه رو شدن آگاهانه با موضوع را دارند و می‌تواند آرامش خود را حفظ کنند و راه حلی 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 ابتداء 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، دلسویی عمیق، احساس عشق عمیق به دیگران و پذیرش واقعی خدادهای 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 روپردازها 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 اسکلرزو بود. این درمان‌ها هر کدام توانستند به تنها یکی 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 یک اندازه در بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلرزو 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 شخصی و فرهنگی افراد از جمله پیشنهادات این پژوهش می‌باشد.

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 روانشناسی*، ۱۰(۳۸)، ۱۴۶-۱۲۵.
- https://jpmm.marvdash.IAU.ir/article_4238.html?lang=en
- عسکری، م؛ رادمهر، ح؛ محمدی، ح و جهانگیر، ا (۱۳۹۵). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش نشانه‌های روان‌شناسی بیماران مبتلا به MS. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۴۱(۳۴)، ۱۴۸۷-۱۴۹۵.
- 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. *محله مطالعات علوم پزشکی*، ۲۷(۵)، ۳۶۴-۳۵۲.
- وحیدیان، ز؛ نوریان، خ؛ وحیدیان، ا و رویین‌تن، س (۱۳۹۹). آموزش مهارت‌های زندگی بر بهزیستی روانشناسی و سرمایه روانشناسی در پرستاران بیمارستان شهید بهشتی شهر یاسوج. *محله ارungan دانش*، ۲۲(۵)، 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.000000000000200150](https://doi.org/10.1212/WNL.000000000000200150)
- 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.0000000000000903](https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000000903)
- 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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://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>
- Kotnuniuk, A., Pytel, A., Krówczyńska, D., & Chojdak-Lukasiewicz, 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., & Kunjujan, 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](https://doi.org/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>

مقایسه اثربخشی مداخله آموزشی مبتنی بر رویکرد امید درمانی و رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روانشناسی زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروز
Comparing the Effectiveness of Educational Intervention based on Hope Therapy Approach and Cognitive Therapy ...

- 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>
- Pouyanfarid, 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>