

## Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Management Based on Mindfulness and Treatment Based on Acceptance and Commitment on Psychological Well-being in Multiple Sclerosis Patients

Montazeri S<sup>1</sup>, Aghaei A<sup>2\*</sup>, Golparvar M<sup>3</sup>

<sup>1</sup>PhD Student, Department of Psychology, Department of Educational Science and Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

<sup>2</sup>Professor, Department of Educational Science and Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

<sup>3</sup>Associate Professor, Department of Educational Science and Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

### Abstract

**Introduction:** Multiple sclerosis is one of the most important disabling neurological diseases in adults, particularly in youths in which the myelin sheaths in central nervous system (CNS) are destroyed. The purpose of this study was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral management based on mindfulness and acceptance and commitment therapy on psychological well-being in multiple sclerosis patients.

**Method:** The research method was semi-experimental and the research design was three groups with pre-test, post-test, and follow-up. The statistical population of the study consisted of all women with MS in Sari in 2016, and the sample consisted of 45 individuals who were randomly assigned to three groups of 15. In the implementation of the research, the control group did not receive any intervention, while the other two groups were the experimental ones, one of which received cognitive-behavioral management stress based on mindfulness and the other group received acceptance and commitment treatment for 8 sessions. To assess psychological well-being, Ryff and Keyes (1995) psychological well-being questionnaires were used. The research data were analyzed using ANOVA with repeated measures analysis via SPSS-24 software.

**Results:** The results showed that both cognitive-behavioral management based on mindfulness and acceptance and commitment therapy have led to an increase in the total score of psychological well-being and its six components ( $p < 0.001$ ). The results of Bonferroni's post hoc test for the comparison of couples in groups showed that cognitive-behavioral management stress based on mindfulness rather than the one based on acceptance and commitment has had a greater impact on both post-test and follow-up on the total score of psychological well-being and autonomy components, environmental mastery, purposeful life, and personal growth ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** The results emphasize the effectiveness of cognitive-behavioral management based on mindfulness on psychological well-being in women with multiple sclerosis. This approach can be used for the cognitive-behavioral management based on mindfulness as an effective treatment to improve the psychological well-being of women with MS.

**Keywords:** Mindfulness, Acceptance and Commitment therapy, Psychological Well-being, Multiple Sclerosis

Sadra Med Sci J 2019; 7(1): 59-74.

Received: Apr. 23rd, 2018

Accepted: Feb. 20th, 2019

\*Corresponding Author: **Aghaei A.** <sup>2</sup>Professor, Department of Educational Science and Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran, aghaeipsy@gmail.com

مجله علوم پزشکی صدرا

دوره ۷، شماره ۱، زمستان ۱۳۹۷، صفحات ۵۹ تا ۷۴

تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۲/۱ تاریخ دریافت: ۹۷/۲/۳

مقاله پژوهشی  
(Original Article)

## مقایسه اثر بخشی مدیریت شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی در بیماران مولتیپل اسکلروزیس

سحر منتظری<sup>۱</sup>، اصغر آقای جشوقانی<sup>۲\*</sup>، محسن گل پرور<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری تخصصی رشته روانشناسی عمومی، گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران  
<sup>۲</sup> استاد دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران  
<sup>۳</sup> دانشیار دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

### چکیده

**مقدمه:** مولتیپل اسکلروزیس یکی از مهم ترین بیماری های ناتوان کننده نورولوژیک در بالغین به خصوص جوانان است که بخش میلین سیستم اعصاب مرکزی در آن تخریب می شوند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثر بخشی مدیریت شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی در بیماران مولتیپل اسکلروزیس انجام گرفت.

**مواد و روش:** روش پژوهش نیمه تجربی و طرح پژوهش سه گروهی با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به ام اس در شهر ساری در سال ۱۳۹۵ و گروه نمونه پژوهش شامل ۴۵ نفر بودند که به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری گمارده شدند. در فرایند اجرای پژوهش گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای را دریافت نکردند در حالی که دو گروه دیگر به عنوان گروه آزمایش در نظر گرفته شدند، که در یکی از آنها درمان مدیریت شناختی-رفتاری استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و در یکی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هر کدام به مدت ۸ جلسه اجرا شد. برای سنجش بهزیستی روانشناختی از پرسشنامه های بهزیستی روانشناختی ریف و کیز (۱۹۹۵) استفاده شد. داده های حاصل از اجرای پژوهش از طریق تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و با استفاده از نرم افزار SPSS-۲۴ تحلیل گردید.

**یافته ها:** نتایج نشان داد که هر دو شیوه درمانی مدیریت شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به افزایش نمره کل بهزیستی روانشناختی و هر شش مولفه آن شده است ( $p < 0/001$ ). همچنین نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه زوجی گروه ها نشان داد که درمان مدیریت شناختی-رفتاری استرس مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نمره کل بهزیستی روانشناختی و مولفه های خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی در دو مرحله پس آزمون و پیگیری تاثیر بیشتری داشته است ( $p < 0/001$ ).

**بحث و نتیجه گیری:** نتایج بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روانشناختی و مولفه های آن در زنان مبتلا به ام اس تاکید دارد. بر این اساس می توان از درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یک درمان کارآمد جهت بهبود بهزیستی روان شناختی زنان مبتلا به ام اس استفاده کرد.

**واژه های کلیدی:** ذهن آگاهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بهزیستی روانشناختی، مولتیپل اسکلروزیس

\* نویسنده مسئول: اصغر آقای جشوقانی، استاد دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران،

aghaeipsy@gmail.com

## مقدمه

مولتیپل اسکلروز (Multiple sclerosis) که با نام اختصاری ام اس (MS) شناخته می شود یک بیماری مزمن و ناتوان کننده‌ای است که با دمی‌لینه (Demilune) شدن نورون‌های عصبی همراه است و بر غلاف میلین نورون‌های عصبی مرکزی تأثیر می‌گذارد (۱). علت بیماری مشخص نیست؛ اما به نظر می‌رسد که فعال شدن مکانیزم‌های ایمنی علیه آنتی‌ژن (Antigen) میلین در ایجاد بیماری دخیل باشد و می‌تواند سیستم اعصاب مرکزی (CNS) یعنی مغز و نخاع را درگیر می‌کند. به عبارت ساده‌تر بیماری ام اس، بیماری است که سیستم عصبی مرکزی را گرفتار می‌کند و طی آن میلین موجود بر روی رشته‌های عصبی که نقش محافظتی دارند، از بین می‌رود؛ از این‌رو هدایت جریان الکتریکی دچار اختلال شده و علائم این بیماری ظاهر می‌شود (۲). افراد مبتلا به بیماری ام اس، علاوه بر اینکه از مشکلات جسمانی رنج می‌برند، اغلب، از آسیب‌ها و اختلالات روانی نیز رنج می‌برند. به عنوان مثال، این افراد اغلب دچار احساس بی‌هوگی، افسردگی، ناامیدی و اضطراب می‌شوند (۳) که این علائم، فرد را از داشتن یک زندگی مطلوب محروم می‌کند.

مسائل روانی-اجتماعی فراوانی که در اغلب بیماری‌های صعب‌العلاج تجربه می‌شود؛ بهزیستی روانشناختی (Psychological Well-Being) این دسته از بیماران را می‌تواند شدیداً تحت تأثیر قرار داده و در نهایت روند بیماری را متأثر سازد (۴). بهزیستی روانشناختی به قضاوت فرد از درجه یا میزان مطلوبیت کیفیت کل زندگی خود او اطلاق می‌شود (۵) و واجد دو مؤلفه‌ی شناختی (رضایت مندی فرد از زندگی و ارزیابی فرد از جنبه‌های مختلف زندگی) و هیجانی (ترجمان حضور نسبی عواطف مثبت و عدم حضور هیجان منفی) است و وجود آن موجب می‌شود تا فرد از روابط خود با دیگران لذت ببرد و از غم و اندوه در امان بماند (۶). از نظر ریف (Ryff)، بهزیستی روان شناختی یک مفهوم چند بعدی در نظر گرفته

می‌شود که شامل پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی است (۷). از این منظر، شاخص سلامتی به عنوان نداشتن بیماری تعریف نمی‌شود به طوری که به جای تأکید بر بد یا بیمار بودن بر خوب بودن تأکید می‌شود. فشار روانی مزمن نه فقط بدن را در برابر بیماری آسیب پذیر می‌کند، بلکه به توانایی سیستم ایمنی آن نیز آسیب می‌رساند (۸). بر اساس تحقیقات فولی و سارنوف (Foley & Sarnoff) ابتلا به هر نوع بیماری مزمن از جمله ام اس را فشار روانی ایجاد می‌کند. بیماری فشار روانی را افزایش می‌دهد و زندگی را پیچیده‌تر می‌کند. بیماری ام اس، به دلیل مزمن بودن بیماری رویدادهای استرس‌زای بیشتری را تجربه می‌کنند به تبع آن میزان فشار روانی آن‌ها در مقایسه با افراد سالم بالاتر است (۹)؛ بنابراین لزوم مداخلات روانشناختی در این موارد ضروری به نظر می‌رسد.

امروزه درمانگران با نسل سوم درمان‌ها مواجه‌اند و آنها را می‌توان تحت مدل‌های مبتنی بر پذیرش (Acceptance based Models)، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی (Based Cognitive Therapy) و درمان پذیرش و تعهد (Mindfulness)، و درمان پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy) برشمرد (۱۰). در این نوع درمان‌ها تلاش می‌شود، به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی و نه تمرکز صرف بر بازسازی‌های شناختی است (۱۱). در میان رویکردهای روان‌شناختی موج سوم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از توانایی خوبی در مهار نگرش‌ها و ادراکات فرد در برابر پیش‌آمدهای استرس‌زای زندگی برخوردار است (۱۲). این درمان، شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف‌پذیری روانشناختی منجر می‌شوند این شش فرایند عبارتند از پذیرش، گسلش شناختی، ارتباط با زمان

بازسازی شناختی و ارتقاء مهارت های حل تعارض بین فردی و ارتباطی از طریق آموزش ابراز گری و مدیریت خشم تدوین گردیده است (۱۶).

بنابراین با توجه به آنچه گفته شد مدیریت شناختی- رفتاری استرس مبتنی بر ذهن آگاهی از تلفیق دو شیوه مدیریت شناختی رفتاری استرس و مداخلات ذهن آگاهی به وجود آمده است و شامل فنون مراقبه ذهن آگاهی، مراقبه‌ی دلسوزی و مهرورزی، فنون شناختی و رفتاری و تعداد بسیار زیادی تمثیل، شعر و استعاره می باشد (۱۷). اثربخشی این روش درمانی بر روی بسیاری از اختلالات روانشناختی به بوته‌ی آزمایش گذاشته شده و مورد تایید قرار گرفته است. نتایج پژوهش های جلالی و همکاران (۱۳۹۵) نشان داده است که این درمان بر کنترل استرس شغلی، افسردگی، اضطراب، نگرش های ناکارآمد و دردهای مزمن موثر است (۱۸). لیکن اثر این روش درمان بر بهزیستی روانشناختی بیماران ام اس تا کنون مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار نگرفته است.

اورکی و سامی (۱۳۹۵) در مطالعه خود دریافتند که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود مولفه‌های بهزیستی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ام اس تاثیر معناداری دارد (۱۹). شیدایی و همکاران (۱۳۹۳) نیز نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افکار ناکارآمد و پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس موثر است (۲۰). عطایی مقانلو و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و احساس گناه و افزایش بهزیستی روان شناختی بیماران خاص موثر است (۲۱). وان سون و همکاران (۲۰۱۴) پژوهشی نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده، افسردگی و اضطراب افراد مبتلا به دیابت موثر است (۲۲). اگرچه پژوهش‌هایی در مورد ارتباط با اثربخشی مداخلات درمانهای نشأت گرفته از نسل سوم در ارتباط با بهزیستی روانشناختی صورت گرفته است اما تاکنون پژوهشی که به مقایسه اثر بخشی دو شیوه درمانی

حال، خود به عنوان زمینه، ارزش ها و عمل متعهد (۱۱). در درمان های مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از مثال و تشبیه تلاش می شود تا فرد بدون اجتناب از افکار و احساسات ناراحت کننده با روش متفاوتی، وضعیت زندگی خود را بهبود دهد. پژوهش‌ها نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در گستره‌ی وسیعی از مسایل روان شناختی از جمله خشم، اضطراب، افسردگی، وسواس، هراس اجتماعی، سایکوزها (۱۲) و بهزیستی روانشناختی (۱۳) به کار رفته و نتایج مثبتی از بهبود اختلالات، کاهش شدت علائم و افزایش بهزیستی داشته است.

از مداخلات نسل سوم، برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (Mindfulness-based stress reduction) را می‌توان نام برد که توسط کابات زین (Kabat Zinn) در دانشگاه پزشکی ماساچوست عنوان شد. به گفته آستین (Austin) تکنیک های ذهن آگاهی به فرد کمک می کند تا بی طرفانه و بدون داوری به مشاهده محتوای آگاهی بپردازد. در واقع، ذهن آگاهی مواجهه با تمام جنبه های زندگی، حتی جنبه های دردناک را میسر می سازد و به فرد این توانایی را می دهد که به جای پاسخ خودکار پاسخی از روی آگاهی بدهد (۱۴). برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی از میزان استرس می کاهد و به فرد کمک می کند تا هیجاناتش را تنظیم کند (۱۵). همچنین برنامه مدیریت شناختی رفتاری استرس مبتنی بر ذهن آگاهی نیز انواع آرمیدگی، تصویرسازی و دیگر تکنیک های کاهش اضطراب را با رویکردهای شناختی رفتاری معمول، مانند بازسازی شناختی، آموزش اثربخشی مقابله ای، آموزش ابراز گری و مدیریت خشم، ترکیب کرده است. این برنامه با هدف جمع آوری اطلاعات برای افراد در مورد منابع استرس، ماهیت پاسخ های استرس در انسان، انواع راهبردهای مقابله ای که در مواجهه با استرس‌زها به کار می روند؛ آموزش مهارت‌های کاهش اضطراب از قبیل آرمیدگی عضلانی تدریجی و تصویرسازی آرامبخش؛ تعدیل و اصلاح ارزیابی های شناختی ناسازگار با استفاده از

اثر بخشی مدیریت شناختی رفتاری استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر جنبه های روانشناختی بهزیستی تا کنون بررسی نشده است، لذا مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثر بخشی مدیریت شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی در بیماران مولتیپل اسکلروزیس انجام شد.

### مواد و روش

در این پژوهش از روش نیمه تجربی استفاده شد. به همین منظور از طرح آزمایشی پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل استفاده شد تا بتوان کنترل بهتری بر روی متغیرهای مزاحم و همزمان داشت. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهر ساری در زمستان ۱۳۹۵ بود که شامل ۱۴۰۰ بیمار می شدند. جهت انتخاب نمونه از بین زنان مراجعه کننده به انجمن ام اس ساری، ۴۵ نفر واجد ملاک های ورود، به شیوه نمونه گیری هدفمند انتخاب و بطور تصادفی در سه گروه (۱۵ نفر در هر گروه) جایگزین شدند. معیارهای ورود در پژوهش حاضر عبارتند از: (۱) ابتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس به تشخیص پزشک متخصص (۲) دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال (۳) نداشتن اختلال حرکتی (۴) نداشتن اختلال زمینه ای (۵) نداشتن بیماری روانی (۶) دارا بودن مدرک حداقل دیپلم. معیارهای خروج در پژوهش حاضر نیز عبارتند از: (۱) وجود علائم شدید مربوط به بیماری ام اس که امکان حضور در جلسات وجود نداشته باشد (۲) ابتلا به یکی از بیماری های شدید جسمانی و وجود معلولیت های جسمی (۳) تشخیص اختلالات شدید روانی نظیر افسردگی و اضطراب شدید (۴) عدم تمایل به ادامه همکاری. پس از کسب مجوزهای لازم، ۴۵ نفر واجد معیارهای ورود در پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره قرار داده (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) شدند. سپس از سه گروه (دو

گروه آزمایش و گروه کنترل) خواسته شد تا پرسشنامه پژوهش را تکمیل کنند.

جلسات درمانی شامل ۸ جلسه هفتگی (۲ ساعته) برای گروه آزمایش تحت درمان مدیریت شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی برگرفته از کتاب مدیریت شناختی رفتاری استرس مبتنی بر ذهن آگاهی تالیف دکتر آقایی و دکتر جلالی (۲۳) و ۸ جلسه هفتگی (۲ ساعته) برای گروه آزمایش تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از بسته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز (۲۴) بود، در حالی که برای گروه کنترل هیچ مداخله ای صورت نگرفت. در نهایت از هر دو گروه خواسته شد تا مجدداً به پرسشنامه بهزیستی روانشناختی پاسخ دهند و بدین نحو؛ پس آزمون نیز برگزار شد. پس از گذشت ۴۵ روز آزمودنی های هر سه گروه به عنوان دوره پیگیری مجدداً مورد آزمون قرار گرفتند که نتایج سه مرحله از آزمون وارد فرایند تحلیل گردید. در جدول ۱ چارچوب جلسات درمانی دو شیوه درمانی به کار رفته در پژوهش ارائه شده است.

ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف (Psychological Well-Being Scale) بود. فرم اصلی و بلند مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف دارای ۸۴ گویه است که در سال ۲۰۰۳ توسط ریف ساخته شد که ۶ خرده مقیاس پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی را می سنجد. با جمع این مؤلفه ها می توان نمره کلی بهزیستی روانشناختی فرد را به دست آورد. آزمودنی باید در یک طیف لیکرت شش درجه ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف مشخص سازد که تا چه حد با هر یک از عبارات موافق است. نمره کل، میزان بهزیستی روانشناختی فرد را نشان می دهد. ریف و سینگر همبستگی این آزمون را با مقیاس ۸۴ سوالی این پرسشنامه از ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ گزارش نمودند (۲۵). در ایران، خانجانی و همکارانش آلفای کرونباخ کلی این مقیاس را ۰/۷۱ و همسانی درونی مولفه-

پژوهش برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواهی اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می ماند و نیازی به درج نام نیست. طرح حاضر دارای کد اخلاق با مشخصات IR.IAU.CHALUS.REC.1397.018 می باشد.

ها را خوب گزارش نمودند (۲۶). جهت تجزیه و تحلیل داده؛ در سطح توصیفی از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی (میانگین و انحراف معیار) برای ارزیابی وضعیت متغیرهای وابسته پژوهش استفاده شد. در سطح استنباطی نیز از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. کلیه‌ی تحلیل‌های آماری با استفاده از بسته آماری برای علوم اجتماعی SPSS نسخه ۲۴ انجام شد. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت زنان حاضر در

جدول ۱. چارچوب جلسات درمانی دو شیوه درمانی به کار رفته در پژوهش

جلسات	موضوع جلسات مدیریت شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی	موضوع جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
اول	تنظیم خط مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد، دعوت افراد به معرفی خود با یکدیگر، تمرین واریس بدنی، بحث و تعیین جلسات هفتگی توزیع نوارها و جزوات.	آشنایی اعضای گروه با هم، تصریح نوع رابطه درمانی، برگزاری پیش آزمون (تکمیل پرسش‌نامه‌های سبک‌های مقابله با استرس و سلامت عمومی، بهزیستی روانشناختی)، مقدمه‌ای بر درماندگی خلاق و استعاره چاه و دادن تکلیف
دوم	شامل تن آرامی برای ۱۴ گروه از عضلات که شامل ساعد، بازو، عضله پشت ساق پا، ران ها، شکم، سینه، شانه‌ها، گردن، لب، چشم‌ها و پیشانی است.	سنجش عملکرد، مرور واکنش‌ها به جلسه قبل، مرور تکلیف‌ها، ادامه درماندگی خلاق استعاره ببر و دادن تکلیف
سوم	آموزش تن آرامی برای شش گروه از عضلات شامل دست‌ها و بازوها، پاها و ران‌ها، شکم و سینه. استفاده از فنون مراقبه‌ی دل‌سوزی و مهرورزی، تکلیف خانگی تن آرامی	سنجش عملکرد، مرور واکنش‌ها به جلسه قبل، مرور تکلیف‌ها، بیان کنترل به عنوان مساله، استعاره پلی‌گراف و دادن تکلیف
چهارم	استفاده از فنون رفتاری، آشنایی با نحوه ذهن آگاهی تنفس، آموزش تکنیک دم و بازدم همراه آرامش و بدون تفکر در مورد چیز دیگر و آموزش تکنیک تماشای تنفس	سنجش عملکرد، مرور واکنش‌ها به جلسه قبل، مرور تکلیف‌ها، معرفی احساسات پاک و ناپاک، معرفی تمایل/ پذیرش و تمایل جایگزینی برای کنترل و تعهد رفتاری و دادن تکلیف
پنجم	استفاده از فنون شناختی، آموزش تکنیک توجه به حرکت بدن و حرکات آنها و جستجوی حس‌های فیزیکی و تکالیف خانگی ذهن آگاهی خوردن	سنجش عملکرد، مرور واکنش‌ها به جلسه قبل، مرور تکلیف‌ها، تمایل و ناراحتی پاک و ناپاک و تعهد رفتاری، معرفی خود به عنوان زمینه، استعاره دو مقیاس و اتوبوس و ارائه تکلیف
ششم	آموزش توجه به ذهن، افکار مثبت و منفی، خوشایند و ناخوشایند بودن افکار، اجازه دادن به ورود افکار منفی و مثبت به ذهن و به خارج کردن آنها از ذهن بدون قضاوت	سنجش عملکرد، مرور واکنش‌ها به جلسه قبل، مرور تکلیف‌ها، گسلس و تمرین تعهد رفتاری و دادن تکالیف
هفتم	۴۰ دقیقه مراقبه نشسته، بازنگری تکالیف خانگی، استفاده از تمرین‌های مراقبه‌ی مهرورزی، فنون شناختی و فنون رفتاری، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق، استفاده از تعداد بسیار زیادی تمثیل، شعر و استعاره	سنجش عملکرد، مرور واکنش‌ها به جلسه قبل، مرور تکلیف‌ها، معرفی ارزش‌ها، دادن تکلیف ارزش‌ها، افزایش تمرکز بر تعهد رفتاری و ارائه تکالیف
هشتم	بازنگری مطالب گذشته و جمع بندی	سنجش عملکرد، مرور واکنش‌ها به جلسه قبل، بررسی تکلیف‌ها، بحث و نتیجه‌گیری و پس آزمون

## یافته ها

کمترین (۲۴٪) و زنان دارای تحصیلات فوق دیپلم دارای بیشترین فراوانی (۴۷٪) بودند. همچنین ۵۰٪ زنان شرکت کننده در پژوهش متاهل و ۵۰٪ درصد دیگر نیز مجرد یا مطلقه بودند. در جدول ۲ آماره توصیفی گروه‌های کنترل و آزمایش به تفکیک مراحل اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) ارائه شده است.

پس از جمع آوری داده‌ها، جهت تجزیه تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد میانگین سنی گروه کنترل برابر با ۲۸/۸۵، میانگین سنی گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برابر با ۳۰/۱۵ و میانگین سنی گروه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برابر با ۲۹/۸۲ می‌باشد. از لحاظ میزان تحصیلات، زنان دارای مدرک دیپلم دارای

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار گروه‌های کنترل و آزمایش به تفکیک مراحل اندازه‌گیری

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	SD	M	SD	M	SD	M
کنترل	۲۶/۹۴	۲۱۷/۱۵	۲۰/۰۱	۲۲۳/۴۰	۲۲/۸	۲۲۱/۱۵
ACT	۳۰/۳۴	۲۲۱/۸۵	۲۰/۶۱	۲۸۳/۴۰	۱۶/۶۴	۲۸۵/۳۵
ذهن آگاهی	۲۸/۱۶	۲۲۱/۶۰	۱۹/۶۲	۳۱۴/۹۵	۱۸/۶۳	۳۲۱/۲۵

قبل از انجام تحلیل واریانس، دو پیش فرض نرمال بودن توزیع داده ها و همگنی واریانس ها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف نشان داد که پیش فرض نرمال بودن توزیع داده ها در متغیر بهزیستی روانشناختی در هر سه مرحله پیش آزمون ( $p=0/20$ )، پس‌آزمون ( $Z=0/06$ ,  $p=0/20$ ,  $Z=0/10$ ) و پیگیری ( $Z=0/18$ ,  $p=0/18$ ) رعایت شده است ( $p>0/05$ ). نتایج آزمون لوین در سه مرحله پیش آزمون ( $F=0/12$ ,  $p=0/88$ ) پس آزمون ( $F=1/22$ ,  $p=0/30$ ) و پیگیری ( $F=0/12$ ,  $p=0/30$ ) نشان داد که پیش فرض برابری واریانس‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل تایید می‌گردد ( $p>0/05$ ). نتایج آزمون ماچلی ( $F=0/63$ ,  $p=0/01$ ) جهت بررسی پیش فرض کرویت نشان داد که پیش فرض کرویت برای متغیر بهزیستی روانشناختی رعایت نشده است؛ بنابراین می‌توان به آماره گرین‌هاوس-گیزر در جداول تحلیل نهایی به‌جای ردیف رعایت کرویت مراجعه نمود. در ادامه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای نمره کل بهزیستی روان‌شناختی

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اتا	توان آماری
درون گروهی	عامل	۱/۴۶	۸۲۰۸۳/۲	۹۷۹/۹	۰/۰۰۱	۰/۸۷۵	۱
	اثر تعاملی	۵۷۲۴۷/۵	۱۹۵۹۹/۶	۲۳۳/۹	۰/۰۰۱	۰/۸۹۱	۱
بین گروهی	گروه	۴۴۱۳۷/۷	۶۰۵/۱۵	۲۲۵۲/۲	۰/۰۰۱	۰/۸۵	۰/۹۹
	خطا	۲۸۰۴۴/۴	۰/۲۶۹				

همچنین با معنادار بودن منبع گروه در بین گروه‌ها؛ می‌توان گفت تفاوت معناداری بین سه مرحله اندازه‌گیری در دو گروه آزمایش و گروه کنترل وجود دارد ( $p < 0.01$ ). جهت مقایسه زوجی گروه‌های پژوهش از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که با معنادار بودن عامل و اثر تعاملی در درون گروه‌ها؛ وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه‌گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بر بهزیستی روانشناختی و تعامل سه مرحله اندازه‌گیری با دو گروه آزمایش و گروه کنترل در سطح  $0.01$  تایید می‌گردد.

جدول ۴. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه دو به دو گروه‌های پژوهش در نمره کل بهزیستی روان‌شناختی

آزمون	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
F <sub>1(2,10)</sub>	پذیرش و تعهد	گروه کنترل	۵۷/۷۲۸*	۲/۲۹۵	<0.001
	پذیرش و تعهد	ذهن آگاهی	-۳۱/۲۲۹*	۲/۳۶۴	<0.001
	ذهن آگاهی	گروه کنترل	۸۸/۹۵۶*	۲/۲۲۶	<0.001
F <sub>1(2,10)</sub>	پذیرش و تعهد	گروه کنترل	۶۱/۴۰۸*	۲/۶۶۴	<0.001
	پذیرش و تعهد	ذهن آگاهی	-۳۶/۵۱۱*	۲/۷۴۴	<0.001
	ذهن آگاهی	گروه کنترل	۷۹/۹۱۹*	۲/۵۸۴	<0.001

(کنترل و دو گروه آزمایش) بر حسب آماره گرین‌هاوس-گیزر در هر شش مولفه در سطح  $0.01$  معنادار است. به این معنی که بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش (ACT و ذهن آگاهی) و گروه کنترل شش مولفه بهزیستی روانشناختی (پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی) تفاوت معناداری وجود دارد. علاوه بر این با معنادار بودن منبع گروه در بین گروه‌ها در هر شش مولفه بهزیستی روانشناختی؛ می‌توان گفت تفاوت معناداری بین سه مرحله اندازه‌گیری در دو گروه آزمایش و گروه کنترل در شش مولفه پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی وجود دارد ( $p < 0.01$ ).

همانطور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود در تمامی خرده‌مقیاس‌های متغیرهای بهزیستی روانشناختی (پذیرش خود، ارتباط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط، هدفمندی در زندگی و رشد شخصی) بین دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مدیریت شناختی رفتاری ذهن آگاهی با گروه کنترل در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد ( $p < 0.01$ ). همچنین بین گروه

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات گروه کنترل با دو گروه آزمایشی ذهن آگاهی و ACT در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0.01$ ). بدین معنا که دو شیوه درمانی سبب افزایش بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به ام‌اس شده است. همچنین نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات دو گروه آزمایش در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0.01$ ). بدین معنا که مدیریت شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تاثیر نیرومندتری بر بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به ام‌اس داشته است (به نتایج آمار توصیفی در جدول ۲ رجوع شود).

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بر روی مولفه‌های بهزیستی روانشناختی در جدول ۵ نشان داد که با معنادار بودن عامل در درون گروه‌ها؛ وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بر هر شش مولفه بهزیستی روانشناختی (پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی) در سطح  $0.01$  تایید می‌گردد. همچنین با معنادار بودن اثر تعاملی آزمون با گروه



جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای مولفه های بهزیستی روان شناختی

توان اماری	اتا	سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع		زیر مقیاس
							درون	اثر تعاملی	
۱	۰/۸۶۴	<۰/۰۰۱	۲۳۵/۱۳	۲۷۳۸/۶۱	۱/۶۳۹	۴۴۸۸/۳۴	عامل	درون	پذیرش خود
							اثر تعاملی	گروهی	
							گروه	بین گروهی	
۰/۹۹	۰/۴۷۷	۰/۰۰۱	۲۵/۹۹۳	۷۱۴/۰۳ ۲۷/۴۷	۲ ۵۷	۱۴۲۸/۰۷۸ ۱۵۵۶/۷۹	خطا	گروهی	
							عامل	درون	روابط مثبت با دیگران
							اثر تعاملی	گروهی	
۱	۰/۳۸۲	<۰/۰۰۱	۱۷/۶۰۶	۲۴۰/۸۰۰	۳/۱۲۷	۷۵۲/۸۶	خطا	بین گروهی	
							عامل	درون	خود مختاری
							اثر تعاملی	گروهی	
۰/۹۹	۰/۳۷۴	۰/۰۰۱	۱۷/۰۴۴	۵۳۶/۳۸ ۳۱/۴۷	۲ ۵۷	۱۰۷۲/۷۷ ۱۷۹۳/۷۷	خطا	بین گروهی	
							عامل	درون	تسلط بر محیط
							اثر تعاملی	گروهی	
۱	۰/۸۸۰	<۰/۰۰۱	۲۰۸/۵۲۹	۷۹۲/۸۹۵	۲/۱۷۸	۱۷۲۷/۲۵	خطا	بین گروهی	
							عامل	درون	زندگی هدفمند
							اثر تعاملی	گروهی	
۰/۹۹	۰/۲۷۳	۰/۰۰۱	۱۰/۷۰	۵۰۹/۵۰ ۴۷/۶۱۶	۲ ۵۷	۱۰۱۹/۰ ۲۷۱۴/۱۲	خطا	بین گروهی	
							عامل	درون	رشد شخصی
							اثر تعاملی	گروهی	
۱	۰/۸۸۵	<۰/۰۰۱	۴۳۹/۷۰	۲۸۷۸/۶۷	۱	۲۸۷۸/۷۶	عامل	درون	
							اثر تعاملی	گروهی	
							گروه	بین گروهی	
۰/۹۹	۰/۴۲۰	۰/۰۰۱	۲۰/۶۱	۱۳۲۳/۰۶ ۶۴/۱۸	۲ ۵۷	۲۶۴۶/۱۳ ۳۶۵۸/۲۷	خطا	بین گروهی	
							عامل	درون	رشد شخصی
							اثر تعاملی	گروهی	
۱	۰/۹۶۱	<۰/۰۰۱	۱۳۹۲/۸۰۰	۳۴۸۴/۴۴۴	۱	۳۴۸۴/۴۴۴	عامل	درون	
							اثر تعاملی	گروهی	
							گروه	بین گروهی	
۰/۹۹	۰/۳۷۳	۰/۰۰۱	۱۶/۹۴	۷۷۳/۴۱ ۴۵/۶۳۷	۲ ۵۷	۱۵۴۶/۸۲ ۲۶۰/۱/۲۸	خطا	بین گروهی	

خودمختاری (با میانگین برابر با ۵۲/۸ و ۵۳/۸۵ در دو مرحله پس آزمون و پیگیری)، تسلط بر محیط (با میانگین برابر با ۵۲/۷ و ۵۲/۹۵ در دو مرحله پس آزمون و پیگیری)، زندگی هدفمند (با میانگین برابر با ۵۷/۸۵ و ۵۹/۵ در دو مرحله پس آزمون و پیگیری) و رشد فردی (با میانگین برابر با ۵۵/۳۵ و ۵۵/۴۵ در دو مرحله پس آزمون و پیگیری)، نسبت به گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زیر مقیاس های خودمختاری (با میانگین برابر با ۴۹/۵۵ و ۴۹/۱۰ در دو مرحله پس آزمون و پیگیری)، تسلط بر محیط (با میانگین برابر با ۴۹/۹۵ و ۵۰/۰۵ در دو مرحله

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه مدیریت شناختی رفتاری ذهن آگاهی نیز در زیرمقیاس های خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی در دو مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد ( $p < 0/01$ ). بنابراین می توان گفت که تنها در زیرمقیاس پذیرش خود در مرحله پس آزمون و زیرمقیاس ارتباط مثبت با دیگران در مرحله پیگیری که بین دو گروه آزمایشی تفاوت معناداری دیده نشد ( $p > 0/05$ ). با توجه به میانگین های بدست آمده می توان گفت که مدیریت شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی در زیر مقیاس های

جدول ۶. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه دو به دو گروه‌های پژوهش در مولفه‌های بهزیستی روان‌شناختی

متغیر	آزمون	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
پذیرش خود	پس آزمون	پذیرش و تعهد	گروه کنترل	۱۳/۵۱۷*	۱/۰۲۵	<۰/۰۰۱
		پذیرش و تعهد	ذهن آگاهی	-۱/۶۳۹	۱/۰۷۰	۰/۳۹۵
		ذهن آگاهی	گروه کنترل	۱۴/۷۶۵*	۱/۰۴۱	<۰/۰۰۱
	پیشگیری	پذیرش و تعهد	گروه کنترل	۱۲/۹۲۸*	۱/۰۳۷	۰/۰۰۰
		پذیرش و تعهد	ذهن آگاهی	-۳/۳۲۹*	۱/۰۸۲	۰/۰۱۰
		ذهن آگاهی	گروه کنترل	۱۶/۲۵۷*	۱/۰۵۳	<۰/۰۰۱
ارتباط مثبت با دیگران	پس آزمون	پذیرش و تعهد	گروه کنترل	۶/۴۰۶*	۰/۹۱۸	<۰/۰۰۱
		پذیرش و تعهد	ذهن آگاهی	-۳/۹۵۰*	۰/۹۵۹	<۰/۰۰۱
		ذهن آگاهی	گروه کنترل	۱۱/۰۳۴*	۰/۹۳۳	<۰/۰۰۱
	پیشگیری	پذیرش و تعهد	گروه کنترل	۶/۳۲۱*	۱/۷۸۵	<۰/۰۰۱
		پذیرش و تعهد	ذهن آگاهی	-۶/۴۰۰	۱/۸۶۳	۰/۴۸۴
		ذهن آگاهی	گروه کنترل	۸/۹۶۹*	۱/۸۱۳	<۰/۰۰۱
خودمختاری	پس آزمون	پذیرش و تعهد	گروه کنترل	۹/۱۹۴*	۰/۴۶۱	<۰/۰۰۱
		پذیرش و تعهد	ذهن آگاهی	-۶/۲۴۱*	۰/۴۸۱	<۰/۰۰۱
		ذهن آگاهی	گروه کنترل	۱۵/۴۳۵*	۰/۴۶۸	<۰/۰۰۱
	پیشگیری	پذیرش و تعهد	گروه کنترل	۹/۱۵۲*	۰/۴۷۲	<۰/۰۰۱
		پذیرش و تعهد	ذهن آگاهی	-۶/۵۶۲*	۰/۴۹۳	<۰/۰۰۱
		ذهن آگاهی	گروه کنترل	۱۵/۷۱۴*	۰/۴۸۰	<۰/۰۰۱
تسلط	پس آزمون	پذیرش و تعهد	گروه کنترل	۹/۷۸۴*	۰/۶۳۱	<۰/۰۰۱
		پذیرش و تعهد	ذهن آگاهی	-۵/۷۰۵*	۰/۶۵۹	<۰/۰۰۱
		ذهن آگاهی	گروه کنترل	۱۵/۴۸۹*	۰/۶۴۱	<۰/۰۰۱
	پیشگیری	پذیرش و تعهد	گروه کنترل	۹/۷۸۸*	۰/۷۱۹	<۰/۰۰۱
		پذیرش و تعهد	ذهن آگاهی	-۶/۳۵۰*	۰/۷۵۰	<۰/۰۰۱
		ذهن آگاهی	گروه کنترل	۱۶/۱۳۸*	۰/۷۳۰	<۰/۰۰۱
هدفمندی در زندگی	پس آزمون	پذیرش و تعهد	گروه کنترل	۷/۷۵۵*	۱/۰۹۰	<۰/۰۰۱
		پذیرش و تعهد	ذهن آگاهی	-۱۰/۲۲۹*	۱/۱۳۸	<۰/۰۰۱
		ذهن آگاهی	گروه کنترل	۱۷/۹۸۳*	۱/۱۰۸	<۰/۰۰۱
	پیشگیری	پذیرش و تعهد	گروه کنترل	۷/۷۵۵*	۱/۰۹۰	<۰/۰۰۱
		پذیرش و تعهد	ذهن آگاهی	-۱۰/۲۹۹*	۱/۱۳۸	<۰/۰۰۱
		ذهن آگاهی	گروه کنترل	۱۷/۹۸۳*	۱/۱۰۸	<۰/۰۰۱
رشد شخصی	پس آزمون	پذیرش و تعهد	گروه کنترل	۹/۶۷۴*	۰/۵۷۱	<۰/۰۰۱
		پذیرش و تعهد	ذهن آگاهی	-۸/۴۵۱*	۰/۵۹۶	<۰/۰۰۱
		ذهن آگاهی	گروه کنترل	۱۸/۱۲۵*	۰/۵۸۰	<۰/۰۰۱
	پیشگیری	پذیرش و تعهد	گروه کنترل	۹/۶۷۴*	۰/۵۷۱	<۰/۰۰۱
		پذیرش و تعهد	ذهن آگاهی	-۸/۴۵۱*	۰/۵۶	<۰/۰۰۱
		ذهن آگاهی	گروه کنترل	۱۸/۱۲۵*	۰/۵۸۰	<۰/۰۰۱

پس آزمون و پیگیری)، زندگی هدفمند و رشد فردی (با میانگین برابر با ۴۸/۲۰ و ۴۹/۰۵ در دو مرحله پس آزمون و پیگیری) تاثیر نیرومند تری داشته است.

### بحث

پژوهش حاضر به مقایسه اثر بخشی مدیریت شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی در بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در شهر ساری پرداخته است. نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که هر دو شیوه درمانی مدیریت شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نمره کل بهزیستی روانشناختی و هر شش مولفه آن تاثیر معناداری داشته است و سبب افزایش نمره کل بهزیستی روانشناختی و هر شش مولفه آن در بیماران مبتلا به MS در هر دو گروه آزمایش شده است. همچنین نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه زوجی گروه‌های پژوهش نشان داد که در نمره کل بهزیستی روانشناختی و زیر مقیاس‌های خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی، گروه آزمایشی که درمان مدیریت شناختی-رفتاری استرس مبتنی بر ذهن آگاهی را دریافت کرده بودند به طور معناداری از میانگین نمرات گروه آزمایشی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کرده بودند، بیشتر بود. بدین معنا که درمان مدیریت شناختی-رفتاری استرس مبتنی بر ذهن آگاهی تاثیر بیشتری بر بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به ام اس داشته است. اگر چه پژوهش مشابهی با یافته‌های پژوهش حاضر یافت نشد اما نتایج پژوهش اورکی و سامی (۱۳۹۵) و وان سون و همکاران (۲۰۱۴) در این راستا است. همچنین کارآموزایان و همکاران (۱۳۹۳) نشان دادند که گروه درمانی شناختی-رفتاری مدیریت استرس باعث افزایش سلامت روان و بهزیستی بیماران مبتلا به سرطان پستان شده است (۲۷).

در تبیین احتمالی نتایج فوق در مورد اثر بخشی مدیریت شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روانشناختی بیماران ام اس می توان گفت که یکی از جهت گیری‌های اساسی رویکردهای درمانی ذهن آگاهی، پافشاری بر لحظه‌ی "اینجا و اکنون" است که این جهت گیری در کمک به بیماران سرطانی و بیماران با دردهای مزمن از جمله بیماری ام اس موثر بوده است (۲۸). برای مثال مورونه و همکاران (Morone) در مطالعه خود که بر روی بیماران با درد مزمن انجام شده بود دریافتند که تمرین های ذهن آگاهی باعث رشد بهزیستی روانشناختی در این افراد می شود که این امر تاثیر فوری بر افزایش خلق و اثرات درازمدت بر کیفیت زندگی دارد (۲۹). به نظر می‌رسد روش مدیریت شناختی-رفتاری استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به بیماران کمک می کند که یاد بگیرند چگونه از احساس های بدنی، افکار و هیجانات خود آگاهی یابند و به شکل غیر مستقیم با کاهش میزان استرس، پاسخ سازگارانۀ ای به علائم هشدار دهنده عود بیماری نشان دهند (۳۰). به نظر می‌رسد انجام تمرینات ذهن آگاهی باعث رشد عواملی مانند مشاهده، غیر قضاوتی بودن، غیر واکنشی بودن و عمل توأم با هوشیاری و در نهایت رشد بهزیستی روانشناختی، کاهش استرس و نشانه های روانشناختی می شود. در حقیقت وقتی ذهن آگاهی افزایش می یابد توانایی برای عقب ایستادن و مشاهده کردن حالت هایی مثل اضطراب افزایش می یابد، در نتیجه فرد می تواند خود را از الگوهای رفتاری اتوماتیک رها کند و از طریق درک و دریافت مجدد، دیگر با حالت هایی مثل اضطراب و ترس کنترل نشود، بلکه می تواند از اطلاعات برخواسته از این حالت ها استفاده کند و با هیجانات همراه باشد و در نتیجه بهزیستی روانشناختی خود را افزایش دهد (۳۱).

همچنین در رابطه با نتایج بدست آمده با اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به ام اس می توان گفت که این یافته ها با یافته های شیدایی و همکاران (۱۳۹۳) و عطایی مقانلو و همکاران

مراکز مشاوره به کاهش مشکلات روانشناختی آنان کمک نمایند. از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که این پژوهش صرفاً بر روی زنان مبتلا به ام اس انجام گرفت و نقش متغیرهای مداخله‌گری مانند نوع داروهای مصرفی، تعداد عودها، شدت درد و بطور کلی وضعیت ناتوانی بررسی نگردید، لذا می‌بایست در تعمیم نتایج به سایر بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس احتیاط لازم صورت پذیرد.

### نتیجه‌گیری

با توجه به مشکلات جسمانی و روانی فراوانی که بیماری مولتیپل اسکلروزیس بر جنبه‌های مختلفی زندگی افراد بر جای می‌گذارد، می‌توان با استفاده مداخلات نسل سوم درمانی و بویژه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی به افزایش سازگاری و بهبود بهزیستی روانشناختی این دسته از بیماران کمک نمود.

### تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از رساله دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان بوده لذا بدین وسیله از کلیه بیماران محترم که در انجام این تحقیق همکاری داشته‌اند، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌گردد.

### تضاد منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

### منابع

- Zeynali F. Effectiveness of Mental Health-Based Stress Reduction Program on Quality of Life in MS Patients. *Psychology and Educational Sciences*. Psychology and Educational Sciences. 2015; 2: 57-68. (Persian)

(۲۰۱۵) همس. می‌باشد. رجیبی و یزدخواستی (۱۳۹۳) در مطالعه خود نشان دادند که درمان گروهی پذیرش و تعهد بر درمان اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مؤثر بوده است (۳۲). پذیرش و تعهد رویکردی است که روی خلق و ایجاد انعطاف‌پذیری روانشناختی از طریق تضعیف اثرات اغراق‌آمیز شناخت‌ها و زبان ارزش‌یابانه تأکید می‌کند و باعث می‌شود فرد هوشیار شود و رفتارهایش را تغییر دهد یا اینکه در جهت ارزش‌های انتخاب‌شده خویش متعهد شود (۳۱). در طول جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانگر با استفاده از تکنیک ارزشمند زیستن، سعی در کاهش احساسات مربوط به افسردگی و کاهش خودپنداره داشت. در ارزشمند زیستن تأکید بر فرایند رفتاری است که همسو با ارزش‌های فرد است و درمانگر به بیماران مبتلا به ام اس کمک می‌کند تا کارهای مختلفی که برای کاهش یا اجتناب از اضطراب انجام می‌دهند را کشف کنند و اثربخشی این راهبردها را ارزیابی کنند. همچنین درمانگر با استفاده از مفاهیم مربوط به پایبندی/تعهد به فرد می‌آموزد پای بندی در بنیادی‌ترین سطح آن، اجرای رفتاری است که همسو با ارزش‌های فرد است، نه فقط قول دادن یا توافق کردن بر سر اجرای آن. پای بندی همچنین ممکن است تعیین فعالیت‌هایی برای دستیابی به هدف‌های فرد باشد. در ادامه درمانگر با استفاده از تکنیک ناامیدی‌سازنده، آن طبقه از رفتارهایی که در خزانه رفتاری شرکت‌کنندگان است و همگی در جهت گریز یا اجتناب از احساسات اضطرابی عمل می‌کند را آشکار می‌کند. بنابراین انتظار می‌رود که ایجاد و پرورش پذیرش در بیماران باعث کاهش اجتناب شناختی، و رشد زندگی مبتنی بر ارزش باعث افزایش عملکرد فرد در حوزه‌های مختلف زندگی شود.

با توجه به نتایج بدست آمده به روان‌شناسان، روان‌پزشکان توصیه می‌شود تا با بکارگیری تکنیک‌های درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیماران مبتلا به ام اس در کلینک‌ها و

- at:<http://www.multiple sclerosis.org/news/Feb2002/ScarredNerves>
9. Poser CM. The relationship of MS to physical trauma and psychological stress: report of the Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2000; 54(6): 1393-1395.
  10. Hayes S.C, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York: Springer. Science and Business Media Inc; 2010.
  11. Hayes S. C, Luoma J. B. Bond F. W, Masuda A & Lillis, J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior research and therapy*. 2006; 44, 1-25.
  12. Nasaj, N. The effect of acceptance and commitment therapy on aggression and self-esteem in adolescent girls in Najafabad city. M.A Thesis, Faculty of Humanities, Azad University of Khomeini Shahr; 2013. (Persian)
  13. Sedighi Morani F. The effectiveness of treatment based on admission and commitment to mental health and psychological well-being of Maternal patient wives. M.A thesis of Azad University of Najaf Abad, 2015. (Persian)
  14. Reibel D K, Greeson J M, Brainard G C, Rosenzweig S. Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. *Journal of General Hospital Psychiatry*. 2001; 23(4), 183–192.
  2. Abedini E, Ghanbari-Hashem-Abadi, A. B, Talebian-Sharif J. Effectiveness of Group Therapy Based on Hope Approach on Hope and Depression in Women with Multiple Sclerosis. *Journal of Clinical Psychology*. 2015; 30: 1-12. (Persian)
  3. Toro J, Cárdenas S, Fernando Martínez C, Urrutia J, Díaz C. Multiple sclerosis in Colombia and other Latin American Countries. *Mult Scler Relat Disord*. 2013; 2(2): 80–89.
  4. Seyed Tabae R, Rahmatinejad P, Mohammadi D, Etemad A. The role of coping strategies and cognitive emotion regulation in well-being of patients with cancer. *J Qazvin Univ Med Sci*. 2017; 21(2): 41-49. (Persian).
  5. Chan. D. W. Subjective well-being of Hong Kong Chinese teachers: The contribution of gratitude, forgiveness, and the orientations to happiness. *Teaching and Teacher Education*. 2013; 32, 23-30.
  6. Diener E., Lucas, R. E, Oishi E. Subjective wellbeing. *Journal of Clinical Psychology*. 2002; 24: 25-41.
  7. Knowles SR, Wilson J, Wilkinson A, Connell W, Salzberg M, Castle D, Desmond P, Kamm, M, A. Psychological wellbeing and quality of life in Crohn's disease patients with an ostomy: a preliminary investigation. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*. 2013; 40(6):623.
  8. Castillo, R. R. The case of the scarred nerves. *Philippine Daily Inquirer*. Available

21. Ataie Moghanloo V, Ataie Moghanloo R, Moazezi M. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Depression Psychological Well-Being and feeling of Guilt, Iran J Pediatr 2015; 25(4): 24-36. (Persian).
22. Van Son T, C, Halvorsen R, Norling N, Bakke T, Kaurin M, Melsom F. Identification of Fine-Scale Marine Benthic Ecolines by Multiple Parallel Ordination. Journal of Marine Biology. 2014; 14: 23.
23. Jalali A, Aghaei A. Cognitive-behavioral behavior-based mind-awareness stress management. Isfahan: Agah Publishing, 2014.
24. Abedi MR, Izadi R. Acceptance and Commitment Therapy. Tehran: Jungle Publication; 2016. (Persian)
25. Ryff CD, Singer B. The contours of positive human health. Psychol Inq 1998; 9(1): 1-28.
26. Khanjani Z, Akbari S. Relationship between personality traits of adolescents and their addiction to the internet. New findings Psychol 2011; 6(19): 113-27. (In Persian)
27. Karamoozian M, Bagheri M, Darekordi A, Aminizadeh M. Impact of Cognitive – Behavioral Group Therapy Stress Management Intervention on mental health and pain coping strategies breast cancer patients. 2014; 7 (2):56-66. (Persian)
28. Dahl, J. C, Lundgren T. L. Living beyond your pain: Using Acceptance and Commitment Therapy to ease
15. Bishop S, R. What do we really know about mindfulness-based stress reduction? Psychosis Med. 2002; 64(1):71-83.
16. Antoni M, Apronson G, Snider N. Practical Guide to Cognitive-Behavioral Stress Management. Translated: Seyyed Javad Al Mohammad, Solmaz Jokar, Hamid Taher Neshat Dost. Esfahan: Jahad University, 2007.
17. Jalali D, Aghaei A. Cognitive-behavioral behavior-based mind-awareness stress management. Esfahan, Agah Publishing, 2014. (Persian)
18. Jalali D, Aghaei A, Solati S K. Comparing the effectiveness of Native Mindfulness Based Cognitive Therapy (nMBCT) according to Iranian- Islamic culture and Cognitive- Behavioral Therapy (CBT) on blood pressure. J Shahrekord Univ Med Sci. 2016; 18 (6):125-139. (Persian).
19. Oraki M, sami P. The Effect of Mindfulness Integrated Behavior-Cognitive Therapy on psychological well-being and quality of life among multiple sclerosis patients. Health Psychology. 2017; 3 (5): 34-47. (Persian)
20. Sheydayi Aghdam S, Shamseddini lory S, Abassi S, Yosefi S, Abdollahi S, Moradi Joo M. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment in reducing distress and inefficient attitudes in patients with MS. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2015; 9(34), 57-66. (Persian)

31. Carmody J, Bear R A. Relationship between mindfulness practice and level of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness stress reduction program. *Behav Med.* 2007; 31: 2333.
32. Rajabi S, Yazdkhasti, F. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Anxiety and Depression in Women with MS Who Were Referred to the MS Association. *Journal of Clinical Psychology* 2013; 6 (1):29-38. (Persian)
- chronic pain. Oakland, CA: New Harbinger, 2006.
29. Morone N. E, Lynch Ch. S, Greco C, Tindle H. A, Weiner D. K. "I Felt Like a New Person, "The effects of mindfulness Meditation on older adults with chronic pain: Qualitative Narrative Analysis of diary entries", *The Journal of pain*, 2008; 9 (9): 841-848.
30. Emanuel Amber S, John A. Updegraff, David A. Kalmbach, Jeffrey A. Ciesla. The role of mindfulness facets in affective forecasting." *Personality and Individual Differences.* 2010; 49 (7):815-18.

Cite this article as:

Montazeri S, Aghaei A, Golparvar M. Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Management Based on Mindfulness and Treatment Based on Acceptance and Commitment on Psychological Well-being in Multiple Sclerosis Patients. *Sadra Med Sci J* 2019; 7(1): 59-74.

