فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۹، شماره ۱۳، تابستان سال ۱۴۰۰

اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر استرس ادراک‌شده، کیفیت زندگی و باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروسیس (ام اس)

سارا السادات گلچوبیان[۱]، سید علی حسینی المدنی[۲]

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده، کیفیت زندگی و باورهای فراشناختی بیماران مولتیپل اسکلروسیس بوده است. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون و گروه کنترل و جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به ام اس مراجعه کننده به انجمن ام اس در شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بوده است. به منظور نمونه گیری از این افراد تعداد ۲۰ نفر در هر گروه(۲۰نفر آزمایش و ۲۰نفر کنترل) به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و جلسات آموزش برای گروه آزمایش در ۸ جلسه 2 ساعته با استفاده از برنامه ۸ هفته ای ذهن آگاهی تیزدل و سگال و ویلیامز انجام شد و همه افراد به پرسشنامه های استرس ادراک شده کوهن و همکاران(۱۹۸۳)، کیفیت زندگی ویر و شربور(۱۹۹۲) و باورهای فراشناختی ولز و هاتون(۲۰۰۴) پاسخ دادند. یافته ها بر اساس روش تحلیل کوواریانس نشان داد که بین مؤلفه های استرس ادراک شده شامل ادراک منفی از استرس و ادراک مثبت از استرس پس از تعدیل اثرات پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد. همچنین بین مولفه های کیفیت زندگی شامل عملکرد جسمی؛ عملکرد اجتماعی؛ ایفای نقش هیجانی؛ سلامت روانی؛ سرزندگی و سلامت عمومی پس از تعدیل اثرات پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد که این مقدار تفاوت ازنظر آماری معنادار می‌باشد و بین مولفه های باورهای فراشناختی شامل باورهای مثبت نگرانی؛ باورهای منفی کنترل‌پذیری؛ عدم اطمینان شناختی؛ نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی پس از تعدیل اثرات پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد که این مقدار تفاوت نیز ازنظر آماری معنادار می‌باشد به این معنا که پس از تعدیل اثرات پیش‌آزمون، آموزش ذهن آگاهی بر استرس ادراک‌شده، کیفیت زندگی و باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروسیس و مولفه های آنها تأثیر داشته است.

کلیدواژگان: ذهن آگاهی، استرس ادراک شده، کیفیت زندگی، باورهای فراشناختی، بیماری مولتیپل اسکلروسیس(ام اس) .

[۱]. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال، تهران، ایران.
[۲]. استادیار، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

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

۱-۱- مقدمه

مولتیپل اسکلروسیس[1] بیماری مزمن و ناتوان کننده ای است که ماده سفید مغز را درگیر می کند و سبب ایجاد اختلالات و عوارضی در دستگاه عصبی می شود (بیسک[2] و همکاران،۲۰۰۸). نمی توان علت خاصی را در بروز این بیماری دخیل دانست اما مجموعه ای از علل محیطی، عفونی، ژنتیکی، ایمنی، ویروس ها، سموم و حتی استرس و اضطراب می تواند از علل زیربنایی این بیماری باشد (دهقانی و همکاران،۱۳۹۲). سلامت روانی و کنترل استرس ها و چگونگی تفکر و عملکرد در موقعیت های مختلف زندگی در این افراد بسیار حائز اهمیت است و از این رو میزان استرس ادراک شده می تواند نقش مهمی در سلامت روانی این افراد داشته باشد. استرس ادراک شده[3] به درک فرد از استرس ها و رویدادهای زندگی، نشانه های افسردگی و خستگی جسمی، اضطراب ها و رضایت او از زندگی به کار برده می شود (محمودی و همکاران،۱۳۸۷). استرس گاه می تواند تهدید کننده زندگی بیماران باشد و تظاهرات روانی این بیماری نیز عبارتند از استرس، اضطراب، افسردگی و اختلالات شناختی و تحریک پذیری بالا که در این بین استرس شیوع بیشتری در این بیماران دارد. همچنین دیگر عامل مرتبط و با اهمیت در این بیماران کیفیت زندگی[4] آنها می باشد که مستقیما با سطح سلامت جسمی و روانی و اجتماعی در ارتباط می باشد. کیفیت زندگی به جمع بندی خوب بودن وضعیت سلامت، رضایت از زندگی، امید گفته می شود که تواما چندین بعد از زندگی را مورد توجه قرار می دهد (نجات،۱۳۸۷). همچنین کیفیت زندگی به همه ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی اشاره دارد که می توان گفت در این بیماران به دلیل شرایط خاص جسمانی و روانی، سطح کیفیت زندگی دستخوش تغییراتی خواهد شد که نیازمند بررسی و مداخلات درمانی خواهد بود. از سویی دیگر باورهای فراشناختی[5] به عنوان یک مفهوم چند وجهی دربرگیرنده دانش، فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل می کند (بامر[6] و همکاران،۲۰۰۸). دانش فراشناختی اطلاعاتی است که شخص در مورد شناخت خود و راهبردهای یادگیری دارد و نظارت فراشناختی به دامنه ای از کارکردهای اجرایی، نظیر توجه، کنترل، برنامه ریزی و تشخیص خطاها در عملکرد اشاره دارد که این کارکردها در صورت استرس، اضطراب یا عدم تعادل در عملکردها می تواند دچار اختلال و دگرگونی شود (ولز،۲۰۱۰). از این رو بیماران ام اس برای بهبود کیفیت زندگی و باورهای فراشناختی و کاهش سطح استرس ادراک شده نیازمند مداخلات درمانی هستند که بتواند تاثیر مثبتی بر حالات روحی و روانی آنها داشته باشد و به تبع آن بر حالات جسمانی نیز موثر واقع شود. یکی از این روش ها آموزش ذهن آگاهی می باشد که یک آگاهی پذیرا و بدون قضاوت از وقایع جاری را به فرد ارائه می دهد تا در شرایط بحرانی و مشکلات در تمام مراحل زندگی خود قادر به درک واقعیات درونی و بیرونی و کنترل هیجانات خود باشند. با این مقدمه بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده، کیفیت زندگی و باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به ام اس مورد توجه قرار گرفته است و در ادامه این فصل به بیان کلیات پژوهش پرداخته شده است.

مولتیپل اسکلروسیس یکی از شایع ترین بیماری های مزمن پیش رونده و خودایمنی سیستم عصبی مرکزی با علت نامعلوم می باشد (دنیسون[7] و همکاران،۲۰۱۰). این بیماری در بالغین جوان در سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی و در بین زنان شایع تر است و سومین

1 multiple sclerosis
2 Beiske
3 perceived stress
4 quality of life
5 metacognitive beliefs
6 Bamer
7 Dennison

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

علت ناتوانی در بین بزرگسالان محسوب می شود. از طرفی این بیماری به لحاظ ایجاد اختلالات عصبی می تواند کیفیت زندگی فرد را دچار اختلال کند و این نوع بیماران همواره با استرس ناشی از بیماری مواجه هستند (تقی لو و همکاران،۱۳۹۶).

یکی از استرس زا ترین جنبه های این بیماری نامعلوم بودن علت آن است و کنار آمدن با بیماری ام اس می تواند منجر به هیجانات مختلف مانند اضطراب، استرس، نا امیدی و خشم شود. از این رو مقابله با استرس ها و بالا بردن سطح کیفیت زندگی این نوع بیماران همواره مورد توجه پژوهشگران بوده است (جندقی[1] و همکاران،۲۰۱۳). همچنین فراشناخت یک مفهوم چندوجهی است.این مفهوم دربرگیرنده دانش، فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل می کند. دانش فراشناختی اطلاعاتی است که شخص در مورد شناخت خود و راهبردهای یادگیری دارد و نظارت فراشناختی به دامنه ای از کارکردهای اجرایی، نظیر توجه، کنترل، برنامه ریزی و تشخیص خطاها در عملکرد اشاره دارد (ولز[2]،۲۰۱۰). افرادی که مبتلا به این بیماری هستند به دلیل استرس های موجود ممکن است در این نوع باوها و نگرش های فراشناختی دچار مشکلاتی باشند که بر زندگی روزمره آنها نیز تاثیر گذار باشد. در این بین پیدا کردن روش های درمانی و آموزشی که بتوان این بیماران را در جهت کنار آمدن با مشکلات بیماری خود کمک کرده و به بهبود وضع کیفیت زندگی آنها بیانجامد مورد توجه قرار گرفته است. یکی از این روش های آموزش ذهن آگاهی می باشد. ذهن آگاهی بر باورهای درونی و بیرونی افراد در طول زندگی و وقایع مختلف تاثیر می گذارد و با افزایش میزان صبوری و استقامت روانی، عدم قضاوت و بالارفتن توانایی خودتنظیمی در توجه به رفع استرس های موجود و بالابردن کیفیت زندگی و اصلاح باورهای فراشناختی کمک کننده باشد (اکبری و همکاران،۱۳۹۲). در این مورد تحقیقاتی نیز صورت گرفته است از جمله اکبری و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی به بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش استرس ادراک شده در افراد مبتلا به سرطان پستان پرداختند و نشان دادند این نوع آموزش بر کاهش استرس ادراک شده این افراد موثر بوده است. همچنین در پژوهشی دیگر رجبی شمامی بهار (۱۳۹۶) در پژوهشی به بررسی اثربخشی ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران ام اس پرداخت و نشان داد این نوع آموزش بر افزایش کیفیت زندگی این بیماران و کاهش استرس های آنها موثر بوده است؛ اما پژوهشی که به بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر هر سه متغیر استرس ادراک شده، کیفیت زندگی و باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروسیس (ام اس) بپردازد یافت نشده است و تحقیقات در مورد این موضوع بسیار محدود بوده و یا در جامعه سایر بیماران بوده است. لذا به دلیل خلاء موجود در پژوهش ها و به دلیل اهمیت متغیرهای ذکر شده در این بیماران سوال اصلی مطرح شده در این پژوهش که موجب شکل گیری موضوع آن شده است، این است که آیا آموزش ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده، کیفیت زندگی و باورهای فراشناختی بیماران مولتیپل اسکلروسیس اثربخش خواهد بود؟

۱-۱-۱-

تعیین اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده، کیفیت زندگی و باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروسیس.

۱-۱-۲- اهداف فرعی

۱- تعیین اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروسیس.
۲- تعیین اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروسیس.
۳- تعیین اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروسیس.

روش شناسی

1 Jandaghi
2 Wells

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

باتوجه به ماهیت تحقیق، روش این تحقیق از جمله تحقیقات نیمه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون و گروه کنترل می باشد. جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران مبتلا به ام اس زن و مرد مراجعه کننده به انجمن ام اس در شهر تهران در سال ۱۳۹۸ می باشند.به منظور نمونه گیری در تحقیقات آزمایشی حداقل نمونه لازم در هر گروه ۱۵ نفر می باشد (دلاور،۱۳۹۷) بر این اساس با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه یا عدم همکاری آنها در طول پژوهش تعداد ۲۰ نفر در هر گروه (۲۰نفر آزمایش و ۲۰نفر کنترل) به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شد.پس از هماهنگی با انجمن ام اس و انتخاب افراد در دو گروه، جلسات برای گروه آزمایش بر اساس برنامه ۸ هفته ای ذهن آگاهی تیزدل، ویلیامز و سگال اجرا شد. جلسات ذهن آگاهی به صورت زیر بوده است:

جلسه اول: معرفی و ارائه اهداف پژوهش و انجام پیش آزمون ها -ارائه تعریفی از مفهوم ذهن آگاهی و کاربرد استفاده از تمرینات آن در کنترل استرس و فشارهای روانی در بیماری ام اس (هشیاری نسبت به هدایتگر خودکار با انجام مراقبه کشمش و آوردن هشیاری به فعالیت های روزمره ، آموزش تمرین معاینه بدن).

جلسه دوم:درک تمایز بین تجربه انجام دادن و بودن – درک قدرت پنهان تفکر و احساسات و تفسیر ما از وقایع در تغییرات خلق و خوی و احساسات(آموزش مراقبه نشسته و تنفس توجه آگاهانه ، تجربه ذهن آگاهانه یک رویداد خوشایند.

جلسه سوم: تشخیص سرگردانی ذهن در تمرینات و زندگی روزمره(آموزش مراقبه حرکت توجه آگاهانه برای حرکت آگاهی مان به صورت هدفمند و تدریجی به سمت حس های نا خوشایند و عبور از آنها و نه اجتناب).

جلسه چهارم:تشخیص بیزاری از مشکل و حس های بدنی ناشی از آن (مشاهده افکار با کمترین اجتناب یا تخریب یا بی حسی و مشخص کردن حس های بدنی ناشی از آنها ، آموزش تنفس ۳ دقیقه ای، آموزش راه رفتن توجه آگاهانه).

جلسه پنجم: تفسیر رضایت دادن و اجازه دادن برای بودن و تفاوت این دو با تسلیم شدن (مروری بر تمرینات قبلی و مروری بر افکار استرس زای روزمره و نحوه برخورد با آن ها و نگهداشتن آن ها در هشیاری از طریق ذهن آگاه و پرورش یافته).

جلسه ششم: درک این مفاهیم که افکار، واقعیت نیستند و تنیدگی افکار با احساسات است که موجب اجباری شدن افکار می شود(مهربانی با افکار، تمرکز روی افکار ناخوشایند همراه با تنفس ۳ دقیقه ای، استقرار یک سیستم هشدار دهنده اولیه برای تشخیص زودهنگام علائم خلقی).

جلسه هفتم: بالا بردن خلق و بهزیستی و یافتن بهترین شیوه مراقبت از خودمان (تمرین تنفس ۳ دقیقه ای پاسخده با تمرکز بر روی مشکل و کشف و بررسی تاثیر آن بر خلق و حس های بدنی، انجام فعالیت های لذت بخش و تسلط بخش).

جلسه هشتم: جمع بندی جلسات، متعهد شدن به ادامه تمرینات در آینده(یافتن دلیلی ارزشمند برای انجام تمرینات، انجام تمرینات رسمی و غیر رسمی، ایجاد فضای تنفس ۳ دقیقه ای پاسخده برای حداقل یک بار در روز).

ابزارهای پژوهش:

پرسشنامه استرس ادراک شده

این مقیاس در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن، کمارک و مرملستین ساخته شد و ۱۴ ایتم دارد و هر ایتم در مقیاس لیکرتی ۵ درجه ای از هیچ تا خیلی زیاد درجه بندی شده است. کوهن و همکاران (۱۹۸۳) میزان پایایی این میقاس رادر دامنه ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ گزارش کرده است و در ایران نیز در پژوهش احمدیان (۱۳۹۱) ضریب پایایی این ابزار برای ادراک مثبت ۰/۷۱ و برای ادراک منفی ۰/۷۵ بدست امد. همچنین میزان ضریب کلی الفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۴ بوده است.

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

پرسشنامه کیفیت زندگی

این پرسشنامه خودگزارشی که عمدتاً جهت بررسی کیفیت زندگی و سلامت استفاده می‌شود توسط ویر و شربور (۱۹۹۲) ساخته شد اعتبار و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد تایید قرار گرفته است و ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس‌های ۸ گانه آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازآزمایی آنها با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شده است.

پرسشنامه باورهای فراشناختی

این پرسشنامه توسط ولز و هاتون (۲۰۰۴) ساخته شد. فرم کوتاه پرسشنامه به منظور سنجش باورهای فراشناختی ساخته شده است. این پرسشنامه ۳۰ آیتم دارد و هر آزمودنی به آیتم ها به صورت چهار گزینه ای (از موافق نیستم تا خیلی موافقم) پاسخ می دهد. این پرسشنامه پنج مولفه اعتماد شناختی، باورهای مثبت در مورد نگرانی، خود آگاهی شناختی، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار و خطر و باورهایی در مورد نیاز به کنترل افکار را می سنجد.

برای تجزیه و تحلیل آماری از ۲ روش آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. در آمار توصیفی از شخص مرکزی (میانگین) و شاخصهای پراکندگی (انحراف استاندارد) استفاده شده است و شاخص های دموگرافیک بررسی شد (جداول و نمودارهای مربوطه ترسیم می شود) و نیز برای تحلیل فرضیه های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شده است.

یافته‌ها

جدول : آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مؤلفه‌های استرس ادراک شده و کیفیت زندگی و باورهای شناختی در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

			آزمایش		کنترل	
		مؤلفه	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش‌آزمون	کیفیت زندگی	عملکرد جسمی	۶	۱/۸	۵/۷	۱/۳
		عملکرد اجتماعی	۱۶/۱	۱/۹	۱۶/۲	۲/۵
		عدم ایفای نقش جسمی	۶/۴	۰/۸۸	۵/۵	۰/۶۹
		عدم ایفای نقش هیجانی	۴/۹	۰/۴۹	۴/۶	۰/۶۰
		عدم سلامت روانی	۹/۱	۱/۷	۹/۴	۱/۸
		عدم سرزندگی	۳۷	۴۲/۱	۲۷/۲	۳/۹
		درد بدنی	۳/۱	۱/۳	۳/۲	۱/۲
		عدم سلامت عمومی	۱۳/۲	۳/۸	۱۲/۴	۳/۴
	استرس ادراک شده	ادراک منفی از استرس	۱۵/۲	۵/۸	۱۶/۳	۶/۴
		ادراک مثبت از استرس	۱۴/۹	۴/۴	۱۳/۱	۵/۵
	باورهای فراشناختی	باورهای مثبت درباره نگرانی	۸/۹	۲/۳	۱۱/۸	۲/۷
		باورهای منفی درباره کنترل-پذیری	۱۹/۲	۳/۳	۱۸/۱	۳/۶

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

		عدم اطمینان شناختی	۱۵/۸	۳/۱	۱۶/۱	۳/۳
		نیاز به کنترل افکار	۱۶/۶	۴/۲	۱۷/۳	۳/۹
		خودآگاهی شناختی	۱۰/۹	۲/۸	۱۰/۴	۲/۳
پس‌آزمون	کیفیت زندگی	عملکرد جسمی	۶/۶	۱/۴	۱/۲	-۰/۲۵۷
		عملکرد اجتماعی	۲۰/۲	۲/۷	۲/۹	۰/۸۷۵
		عدم ایفای نقش جسمی	۴/۱	۰/۹۹	۰/۸۹	۰/۱۰۴
		عدم ایفای نقش هیجانی	۳/۳	۰/۴۷	۰/۶۸	-۰/۵۴۹
		عدم سلامت روانی	۶/۵	۲	۱/۷	-۰/۹۴۵
		عدم سرزندگی	۳۲/۳	۳/۴	۳/۳	-۰/۹۹۷
		درد بدنی	۲/۹	۱/۳	۱/۱	۰/۴۱۱
		عدم سلامت عمومی	۱۰/۴	۲/۹	۲/۸	-۰/۱۰۵
	استرس ادراک شده	ادراک منفی از استرس	۱۱/۶	۴/۴	۱۶/۹	۵/۷
		ادراک مثبت از استرس	۱۶/۶	۲/۹	۱۲/۹	۵/۵
	باورهای فراشناختی	باورهای مثبت درباره نگرانی	۱۴/۲	۳/۱	۱۱/۵	۲/۶
		باورهای منفی درباره کنترل-پذیری	۱۳/۱	۳/۱	۱۵/۷	۲/۹
		عدم اطمینان شناختی	۹/۸	۲/۸	۱۵	۳/۴
		نیاز به کنترل افکار	۱۰/۸	۲/۸	۱۶/۷	۳/۵
		خودآگاهی شناختی	۱۶/۹	۳/۴	۱۱/۱	۲/۳

جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون شاپیروویلک استفاده شد که نتایج این آزمون برای کلیه‌ی متغیّرهای پژوهش به تفکیک گروه مورد بررسی در ادامه ارائه شده است.

جدول: نتایج آزمون شاپیروویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش

			آزمایش			کنترل		
		مؤلفه	آماره	معناداری	نتیجه	آماره	معناداری	نتیجه
پیش‌آزمون	کیفیت زندگی	عملکرد جسمی	۰/۹۵۹	۰/۵۱۵	نرمال	۰/۹۴۹	۰/۴۱۴	نرمال
		عملکرد اجتماعی	۰/۹۶۳	۰/۶۰۸	نرمال	۰/۹۵۰	۰/۳۷۳	نرمال
		عدم ایفای نقش جسمی	۰/۸۸۱	۰/۰۵۱	نرمال	۰/۹۸۰	۰/۳۴۲	نرمال
		عدم ایفای نقش هیجانی	۰/۹۶۰	۰/۳۷۷	نرمال	۰/۹۳۸	۰/۲۱۷	نرمال

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

		عدم سلامت روانی	۰/۹۵۱	۰/۳۷۵	نرمال	۰/۹۲۲	۰/۱۲۵	نرمال
		عدم سرزندگی	۰/۹۱۱	۰/۰۵۱	نرمال	۰/۹۷۱	۰/۷۶۸	نرمال
		درد بدنی	۰/۹۰۲	۰/۵۴۴	نرمال	۰/۹۰۲	۰/۰۵۱	نرمال
		عدم سلامت عمومی	۰/۹۶۰	۰/۹۴۵	نرمال	۰/۹۵۵	۰/۴۴۲	نرمال
	استرس ادراک شده	ادراک منفی از استرس	۰/۹۵۴	۰/۴۲۵	نرمال	۰/۹۵۳	۰/۴۲۰	نرمال
		ادراک مثبت از استرس	۰/۹۶۲	۰/۵۸۲	نرمال	۰/۹۳۳	۰/۱۷۷	نرمال
	باورهای فراشناختی	باورهای مثبت درباره نگرانی	۰/۹۰۶	۰/۰۵۴	نرمال	۰/۹۱۶	۰/۰۸۲	نرمال
		باورهای منفی درباره کنترل-پذیری	۰/۹۰۲	۰/۰۵۰	نرمال	۰/۹۰۵	۰/۰۵۳	نرمال
		عدم اطمینان شناختی	۰/۹۶۸	۰/۷۱۸	نرمال	۰/۹۶۰	۰/۵۴۷	نرمال
		نیاز به کنترل افکار	۰/۹۰۹	۰/۰۶۲	نرمال	۰/۹۵۳	۰/۴۱۲	نرمال
		خودآگاهی شناختی	۰/۹۵۴	۰/۴۴۰	نرمال	۰/۹۵۵	۰/۴۴۱	نرمال
پس‌آزمون	کیفیت زندگی	عملکرد جسمی	۰/۹۴۴	۰/۲۹۰	نرمال	۰/۹۳۰	۰/۱۵۸	نرمال
		عملکرد اجتماعی	۰/۹۴۹	۰/۳۴۵	نرمال	۰/۹۳۲	۰/۱۷۱	نرمال
		عدم ایفای نقش جسمی	۰/۹۱۸	۰/۰۹۱	نرمال	۰/۹۲۰	۰/۱۰۱	نرمال
		عدم ایفای نقش هیجانی	۰/۹۸۰	۰/۹۰۲	نرمال	۰/۹۳۰	۰/۱۶۲	نرمال
		عدم سلامت روانی	۰/۹۶۰	۰/۵۳۴	نرمال	۰/۹۰۳	۰/۰۶۴	نرمال
		عدم سرزندگی	۰/۹۵۴	۰/۴۳۵	نرمال	۰/۹۱۲	۰/۰۸۴	نرمال
		درد بدنی	۰/۹۱۶	۰/۰۸۴	نرمال	۰/۹۰۷	۰/۰۵۶	نرمال
		عدم سلامت عمومی	۰/۹۲۱	۰/۱۰۶	نرمال	۰/۹۷۸	۰/۸۹۹	نرمال
	استرس ادراک شده	ادراک منفی از استرس	۰/۹۳۸	۰/۲۱۸	نرمال	۰/۹۵۶	۰/۴۶۷	نرمال
		ادراک مثبت از استرس	۰/۹۱۳	۰/۰۷۲	نرمال	۰/۹۲۲	۰/۱۰۶	نرمال
	باورهای فراشناختی	باورهای مثبت درباره نگرانی	۰/۹۱۰	۰/۰۶۴	نرمال	۰/۹۷۴	۰/۸۳۶	نرمال
		باورهای منفی درباره کنترل-پذیری	۰/۹۲۱	۰/۱۰۳	نرمال	۰/۹۵۶	۰/۴۶۲	نرمال
		عدم اطمینان شناختی	۰/۹۳۴	۰/۱۸۳	نرمال	۰/۹۳۹	۰/۲۲۵	نرمال
		نیاز به کنترل افکار	۰/۹۰۱	۰/۰۵۰	نرمال	۰/۹۶۳	۰/۵۹۶	نرمال
		خودآگاهی شناختی	۰/۹۵۱	۰/۳۸۰	نرمال	۰/۹۶۲	۰/۵۸۴	نرمال

با توجه به جدول (۳-۴) ازآنجاکه مقدار سطح معنی‌داری برای تمامی متغیّرهای پژوهش بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است، پس فرض صفر و درنتیجه نرمال بودن توزیع این مؤلفه‌ها در سطح اطمینان ۹۵ درصد تائید شد.

فرضیه اول پژوهش: آموزش ذهن آگاهی بر استرس ادراک‌شده بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروسیس مؤثر است.

جدول : تحلیل کوواریانس به منظور بررسی آموزش ذهن آگاهی بر استرس ادراک‌شده

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

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر
ادراک منفی از استرس	۱۹۶/۵۶۶	۱	۱۹۶/۵۶۶	۲۳/۶۹۱	۰/۰۰۱	۰/۳۹۷
ادراک مثبت از استرس	۷۰/۸۸۲	۱	۷۰/۸۸۲	۶/۰۰۶	۰/۰۱۹	۰/۱۴۳

همان‌طور که از نتایج جدول (۸-۴) مربوط به تحلیل واریانس چندمتغیری مشاهده می‌شود بین مؤلفه ادراک منفی از استرس با ($P=$ ۰/۰۰۱ و $F_{(1,36)=}$ ۲۳/۶۹۱) و اندازه اثر ($\eta=$۰/۳۹۷) و ادراک مثبت از استرس با ($P=$ ۰/۰۱۹ و $F_{(1,36)=}$ ۶/۰۰۶) و اندازه اثر ($\eta=$۰/۱۴۳) پس از تعدیل اثرات پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد که این مقدار تفاوت ازنظر آماری با ۹۵ درصد اطمینان ($P\leq$۰/۰۵) معنادار می‌باشد، به این معنا که پس از تعدیل اثرات پیش‌آزمون، آموزش ذهن آگاهی بر استرس ادراک‌شده بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروسیس تأثیر داشت.

فرضیه دوم پژوهش: آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروسیس مؤثر است.

جدول: تحلیل کوواریانس به منظور بررسی آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروسیس

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر
عملکرد جسمی	۴/۴۱۸	۱	۴/۴۱۸	۵/۱۲۴	۰/۰۳۱	۰/۱۴۶
عملکرد اجتماعی	۳۹/۹	۱	۳۹/۹	۱۲/۰۲۷	۰/۰۰۱	۰/۲۸۶
عدم ایفای نقش جسمی	۲/۶۰۸	۱	۲/۶۰۸	۳/۰۷۰	۰/۰۹۰	۰/۰۹۳
عدم ایفای نقش هیجانی	۵/۳۱۳	۱	۵/۳۱۳	۲۰/۶۴۴	۰/۰۰۱	۰/۴۰۸
عدم سلامت روانی	۲۲/۴۵۱	۱	۲۲/۴۵۱	۱۰/۳۴۹	۰/۰۰۱	۰/۲۵۶
عدم سرزندگی	۲۵۸/۸۷۱	۱	۲۵۸/۸۷۱	۲۱/۹۱۱	۰/۰۰۱	۰/۴۲۲
درد بدنی	۰/۴۲۲	۱	۰/۴۲۲	۱/۰۶۶	۰/۳۱۰	۰/۰۳۴
عدم سلامت عمومی	۱۲/۸۵۹	۱	۱۲/۸۵۹	۱۲/۹۶۱	۰/۰۰۱	۰/۳۰۲

همان‌طور که از نتایج جدول (۱۳-۴) مربوط به تحلیل واریانس چندمتغیری مشاهده می‌شود بین مؤلفه عملکرد جسمی با ($P=$ ۰/۰۳۱ و $F_{(1,30)=}$ ۵/۱۲۴) و اندازه اثر ($\eta=$۰/۱۴۶)؛ عملکرد اجتماعی ($P=$ ۰/۰۰۱ و $F_{(1,30)=}$ ۱۲/۰۲۷) و اندازه اثر ($\eta=$۰/۲۸۶)؛ ایفای نقش هیجانی ($P=$ ۰/۰۰۱ و $F_{(1,30)=}$ ۲۰/۶۴۴) و اندازه اثر ($\eta=$۰/۴۰۸)؛ سلامت روانی ($P=$ ۰/۰۰۱ و $F_{(1,30)=}$ ۱۰/۳۴۹) و اندازه اثر ($\eta=$۰/۲۵۶)؛ سرزندگی ($P=$ ۰/۰۰۱ و $F_{(1,30)=}$ ۲۱/۹۱۱) و اندازه اثر ($\eta=$۰/۴۲۲) و سلامت عمومی با ($P=$ ۰/۰۰۱ و $F_{(1,30)=}$ ۱۲/۹۶۱) و اندازه اثر ($\eta=$۰/۳۰۲) پس از تعدیل اثرات پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد که این مقدار تفاوت ازنظر آماری با ۹۵ درصد اطمینان ($P\leq$۰/۰۵) معنادار می‌باشد به این معنا که پس از تعدیل اثرات پیش‌آزمون، آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروسیس تأثیر داشت.

فرضیه سوم پژوهش: آموزش ذهن آگاهی بر باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروسیس مؤثر است.

جدول: تحلیل کوواریانس به منظور بررسی آموزش ذهن آگاهی بر باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروسیس

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر
باورهای مثبت نگرانی	۰/۷۲۸	۱	۰/۷۲۸	۳۷/۳۱۱	۰/۰۰۱	۰/۵۳۱

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

باورهای منفی کنترل‌پذیری	۱۰/۰۸۷	۱	۱۰/۰۸۷	۱۱/۱۰۰	۰/۰۰۱	۰/۲۵۲
عدم اطمینان شناختی	۴/۰۶۲	۱	۴/۰۶۲	۱۷/۵۵۹	۰/۰۰۱	۰/۳۴۷
نیاز به کنترل افکار	۱۱/۶۵۴	۱	۱۱/۶۵۴	۲۱/۳۷۴	۰/۰۰۱	۰/۳۹۳
خودآگاهی شناختی	۸۹/۶۵۹	۱	۸۹/۶۵۹	۱۹/۰۲۱	۰/۰۰۱	۰/۳۶۶

همان‌طور که از نتایج جدول (۱۸-۴) مربوط به تحلیل واریانس چندمتغیری مشاهده می‌شود بین مؤلفه باورهای مثبت نگرانی با ($P=$ ۰/۰۰۱ و $F_{(1,33)}=$ ۳۷/۳۱۱) و اندازه اثر ($\eta=$۰/۵۳۱)؛ باورهای منفی کنترل‌پذیری ($P=$ ۰/۰۰۱ و $F_{(1,36)}=$ ۱۱/۱۱۱) و اندازه اثر ($\eta=$۰/۲۵۲)؛ عدم اطمینان شناختی ($P=$ ۰/۰۰۱ و $F_{(1,36)}=$ ۱۷/۵۵۹) و اندازه اثر ($\eta=$۰/۳۴۷)؛ نیاز به کنترل افکار ($P=$ ۰/۰۰۱ و $F_{(1,36)}=$ ۱۱/۶۵۴) و اندازه اثر ($\eta=$۰/۳۹۳) و خودآگاهی شناختی با ($P=$ ۰/۰۰۱ و $F_{(1,36)}=$ ۱۹/۰۲۱) و اندازه اثر ($\eta=$۰/۳۶۶) پس از تعدیل اثرات پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد که این مقدار تفاوت ازنظر آماری با ۹۹ درصد اطمینان ($P\leq$۰/۰۱) معنادار می‌باشد به این معنا که پس از تعدیل اثرات پیش‌آزمون، آموزش ذهن آگاهی بر باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروسیس تأثیر داشت

بحث و نتیجه گیری

فرضیه اول: آموزش ذهن آگاهی بر استرس ادراک‌شده بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروسیس مؤثر است.

نتایج بررسی این فرضیه نشان داد که بین مؤلفه ادراک منفی از استرس (با اندازه اثر بیشتر) و ادراک مثبت از استرس پس از تعدیل اثرات پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد که این مقدار تفاوت ازنظر آماری معنادار می‌باشد، به این معنا که پس از تعدیل اثرات پیش‌آزمون، آموزش ذهن آگاهی بر استرس ادراک‌شده بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروسیس و مولفه های آن تأثیر داشته است.

در برخی پژوهش ها به نتایج مشابه با این یافته پژوهش اشاره شده است از جمله: تقی لووهمکاران (۱۳۹۶)در پژوهشی به بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش استرس ادراک شده بر بیماران ام اس پرداختند ونشان دادند که این روش باعث کاهش معنادارنمرات استرس ادراک شده گروه آزمایش بیماران ام اس در پس آزمون می شود. فرهادی وهمکاران (۱۳۹۶)درپژوهشی به اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش استرس اضطراب وافسردگی وافزایش خودکارآمدی بر بیماران مبتلا به ام اس پرداختندونتیجه گیری کردند که این درمان میتواند برروی کاهش اضطراب واسترس وافسردگی این زنان موثر باشد.اکبرآبادی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی به بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر اضطراب و استرس ادراک شده در دوران بارداری در زنان شهر کرج پرداختند و نشان دادند که ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی و استرس ادراک شده دوره بارداری تأثیر معنی داری دارد.

همچنین در پژوهش های خارجی ایرن زولارس و ترس پوریر[1] (۲۰۱۹)در پژوهشی به بررسی اثرمایندفولنس بر ذهن اگاهی وبهزیستی روانی واسترس ادراک شده روی دانشجویان داروسازی پرداختندوداده ها نشان داد که میزان استرس این دانشجویان بعد از آموزش ذهن اگاهی و انجام تمرینات استرس آنان کاهش چشمگیری داشت.آلبایلا آرانگا[2] وهمکاران (۲۰۱۹)در یک پژوهش تاثیر ذهن آگاهی را بر درک دانشجویان از سطح خودآگاهی ومیزان استرس را مورد بررسی قرار دادند وبین این عوامل روابط معنی داری برقرار شد که تاکید می کرد ذهن آگاهی باعث کاهش میزان استرس وافزایش سطح خود اگاهی دانشجویان گردید.جان فی [3]

1.Zollars I &Porier TH
2.Alba Yela Aranega
3.Jhonfei Lu

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

لووهمکاران وهمکاران (۲۰۱۸)در پژوهشی آموزش ذهن اگاهی را روی دانشجویان پرستاری اجرا نمودند واین امر به کاهش استرس روانی انان انجامید.همسو بودن این پژوهش ها با یافته های پژوهش حاضر و عدم پیدا کردن پژوهش غیر همسو در مورد این فرضیه نشان دهنده این موضوع است که این نوع درمان در گروه های مختلف افراد بیمار و غیر بیمار مناسب بوده و در بیشتر جوامع می تواند به منظور کاهش استرس ادراک شده کارآمد و مفید باشد. از آنجایی که ذهن آگاهی بدون قضاوت و انتظار نتیجه به دنبال تغییر وضعیت موجود و کنترل استرس های روزمره به وسیله تکنیک هایی چون مراقبه، تن آرامی و تمرینات تنفسی و کنترل افکار آگاهانه می باشد، لذا کارآمد بودن این روش برای کاهش استرس ادراک شده در بیماران به واسطه انجام این نوع تکنیک ها قابل توجیه بوده است. به این دلیل که بیماری ام اس در اکثریت موارد یک بیماری عود کننده و غیر قابل پیش بینی در آینده لحاظ می شود.اکثر بیماران پس از تشخیص گذاری بیماریشان، با اضطراب و استرس فزاینده ای مواجه اند. افکار منفی خودکار و نا کارآمد مانند نگرانی از عود بیماری در آینده، از دست دادن حمایت اطرافیان، هزینه بالای دارو و درمان و ... با عث ایجاد اضطراب و فشار روانی برایشان می شود و خود این اضطراب و فشار روانی به وخیم تر شدن بیماریشان می انجامد و این دور باطل ادامه دارد. این امر باعث به کارگیری راهبردهای مقابله ای هیجانی نا مناسب توسط فرد شده و او را دچار تنیدگی و افسردگی و نشخوار فکری می گرداند. ممکن است از فعالیت های روزمره کناره گیری کند که این موضوع خود باعث مختل شدن عملکردهای خانوادگی و اجتماعی افراد شده و یا از نشانه های بیماریشان فاجعه سازی کنند.

ذهن آگاهی با نگهداشتن تمرکز فرد در زمان حال باعث می شود فرد بیمار از تجسم آینده غیر قابل پیش بینی و کنترل دست بردارد و توجه و تمرکزش را بر اتفاقات جاری زندگی اش معطوف سازد. ذهن آگاهی برای این افراد این امکان را فراهم می سازد تا موقعیت های تهدید آمیز زندگی را با تنیدگی کمتری ارزیابی کرده و از راهبردهای سازگارانه در برخورد با شرایط تنیدگی بهره گرفته و به ویژه از راهبردهای اجتنابی کمتری استفاده نمایند. فرد نگرش وسیع تری میابد و وقایع غیر قابل کنترل را می پذیرد و پاسخ های هیجانی و خودکار کمتری تولید می کند که در نهایت به حالت مثبت تر درونی می انجامد. نگرش ذهن آگاهانه باعث می شود این افراد اجازه دهند احساساتی مانند درد، درماندگی و غمگینی به عنوان یک احساس تجربه شوند و شخص به محتوای ذهنی این احساسات نچسبد و فقط اجازه دهد این احساسات بدون قضاوت در مورد محتوی درون آن ها از درونش عبور کنند. مکانیسم ذهن آگاهی با بهره گیری از تکنیک هایی چون مراقبه، تنفس ذهن آگاهانه بر تنظیم هیجانات فرد موثر است و این خود تنظیمی مانع از مضطرب شدن فرد از رویدادهای دشوار آتی زندگی می شود. همچنین کاهش استرس در این بیماران به بهبود سیستم ایمنی بدن کمک میکند که خود عامل کلیدی به وجود آورنده نشانه های بیماری محسوب شده و بهبود عملکردش به جلوگیری از عود و کنترل بیماری کمک می نماید.

فرضیه دوم: آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروسیس مؤثر است.

نتایج بررسی این فرضیه نشان داد که بین مؤلفه عملکرد جسمی؛ عملکرد اجتماعی؛ ایفای نقش هیجانی؛ سلامت روانی؛ سرزندگی و سلامت عمومی پس از تعدیل اثرات پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد که این مقدار تفاوت ازنظر آماری معنادار می‌باشد به این معنا که پس از تعدیل اثرات پیش‌آزمون، آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروسیس تأثیر داشت. برخی تحقیقات نشان دهنده نتایج مشابه ا این یافته پژوهش بوده اند از جمله قزاق وهمکاران (۱۳۹۸)درپژوهشی به بررسی اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه گروهی بر کیفیت زندگی وشدت خستگی زنان مبتلا به ام اس پرداختند ویافته ها نشان داد که بین نمرات برخی از زیرمقیاسهای کیفیت زندگی شامل عملکرد جسمی ایفای نقش مرتبط با وضعیت جسمی و روانی انرژی بهزیستی روانی تهدیدات سلامتی درک سلامتی رضایت از عملکرد

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

جنسی کیفیت زندگی و شدت خستگی گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد و این نشان میدهد که این روش میتواند به بهبود کیفیت زندگی در این بیماران کمک کند.فروزان مهر و همکاران (۱۳۹۷) در یک پژوهش به تاثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و شادکامی زنان مبتلا به ام اس پرداختند و نشان دادند که میتوان این روش درمانی را برای کاهش مشکلات روانشناختی افزایش شادکامی و بهبود کیفیت زندگی بیماران ام اس توصیه کرد. رجبی شمامی بهار (۱۳۹۶) در پژوهشی به بررسی اثربخشی ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران ام اس پرداخت و نشان داد این نوع آموزش بر افزایش کیفیت زندگی این بیماران و کاهش استرس های آنها موثر بوده است. همچنین در پژوهشهای خارجی فرانسیسکو پاگنینی [1] وهمکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی نشان دادند که ارتباط طولی بین ذهن آگاهی و بهزیستی افرادمبتلا به ام اس وجود دارد.دالاس ام دوکار وهمکاران (۲۰۱۹)در یک پژوهش دریافتند که آموزش ماییندفولنس به ارایه کنندگان خدمات بهداشتی باعث ارتقاء کیفیت زندگی حرفه ای وتوجه ذهن آگاهانه در بین تکنسینهای اورژانس پزشکی میشود همچنین لینداسیلنس[2] وهمکاران (۲۰۱۸) هم در پژوهشی روی نقش ذهن آگاهی در کیفیت زندگی وکنترل آسم در نوجوانان میتلا به آن پرداختند و شواهد ارتباط بین ذهن آگاهی و بهبود کیفیت زندگی مبتلایان به آسم را نشان میدهد..

افرادی که در فرایند آموزش ذهن آگاهی شرکت می کنند اغلب تشویق می شوند که توجهشان ر ابه انواع خاصی از محرک هایی که در زمان حال وجود دارند، نظیر صداهایی که شنیده می شوند یا حرکاتی که در محیط وجود دارد و یا تنفس متمرکز سازند. اگر افکار، شرایط عاطفی، علایق یا دیگر تجربیات برانگیخته شود، شرکت کنندگان تشویق می شوند که آنها را مشاهده کنند. نام گذاری خلاصه و جزئی تجربیات قابل مشاهده، با استفاده از کلمات و عبارات کوتاه، مورد تشویق قرار می گیرد. به طور معمول، از شرکت کنندگان خواسته می شود که حالت پذیرش (اعتقاد)، تمایل، اجازه دادن، صراحت، کنجکاوی، مهربانی و صمیمیت را در تجربیات مشاهده شده بگنجانند و از تلاش هایی در خصوص ارزیابی، قضاوت، تغییر و پایان یافتن از آنها، حتی اگر نامطلوب و ناخوشایند باشند، خودداری نمایند.به همین دلیل با عدم قضاوت عملکرد اجتماعی و ایفای نقش هیجانی انها تحت تاثر قرار می گیرد و از سویی دیگر با تمرینات تنفسی و تن آرامی در این نوع درمان عملکرد جسمانی و سلامت عمومی افراد به دلیل کاهش استرس و وضعیت مطلوب ایجاد شده برای بدن تحت تاثیر قرار می گیرد و تکرار این نوع تمرینات موجب افزایش بازدهی و اثربخشی خواهد شد. از این رو کیفیت زندگی که شامل این مولفه های ذکر شده می باشد به وسیله تمرینات خارج از قضاوت، کنترل افکار، تن آرامی و مراقبه، تمرینات تنفسی، تغییر در رفتارها و افکار نامطلوب بهبود خواهد یافت.

فرضیه سوم: آموزش ذهن آگاهی بر باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروسیس مؤثر است.

بررسی این فرضیه پژوهش و ارائه نتایج آن نشان داد که بین مؤلفه باورهای مثبت نگرانی؛ باورهای منفی کنترل‌پذیری؛ عدم اطمینان شناختی؛ نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی پس از تعدیل اثرات پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد که این مقدار تفاوت ازنظر آماری معنادار می‌باشد به این معنا که پس از تعدیل اثرات پیش‌آزمون، آموزش ذهن آگاهی بر باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروسیس تأثیر داشته است. خلعتبری و حسن زاده (۱۳۹۳) در پژوهشی به بررسی اثربخشی ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و نگرش های ناکارامد بیماران فشارخون پرداختند و نشان دادند که این نوع آموزش بر کیفیت زندگی و نگرش های افراد موثر واقع شده است. همچنین زیمن (۲۰۱۷) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر باورهای فراشناختی افراد متاهل متقاضی طلاق پرداخت و نشان داد که این نوع آموزش بر باورهای فراشناختی این نوع افراد موثر می باشد که با نتایج این فرضیه همسو بوده است.

1.Francesco Pagnini
2.Linda Cillessen

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

یکی از باورهای غیر منطقی در این نظریه «انتظار تأئید دیگران» است؛ یعنی شما عقیده دارید که به تأئید و حمایت دیگران نیاز دارید و در واقع می خواهید که همه شما را دوست بدارند و مورد پذیرش و احترام قرار دهند. این باور غیر منطقی می تواند به دلایل مختلف برای انسان مشکلاتی را به وجود آورد. مثلاً چون شخص نمی داند که آیا می تواند مورد تأئید قرار گیرد یا نه دچار نگرانی می شود. حال اگر هم تأئید دیگران را به دست آورد و بعد نگران خواهد بود که مبادا آن تایید را از دست بدهد و این نگرانی روی عملکرد او و زندگی آینده اش اثر بدی می گذارد. همچنین باور این که اگر حوادث آن طور نباشند که فرد می خواهد، نهایت بیچارگی و بدبختی است. واکنش به ناکامی و شکست نوعی از باورهای غیرمنطقی است که وقتی کارها آن طور که باید پیش نمی رود و یا مطابق میل افراد انجام نمی گیرد و یا مردم بر خلاف آنچه که مورد نظر شماست رفتار می کند، دچار پریشانی می شوید. گرفتار شدن به آشفتگی یک «باور» است که یقیناً غیر منطقی است. سرچشمهٔ فرضیهٔ ناکامی ـ پرخاشگری طرز فکر غیر عاقلانهٔ واکنش به شکست ها و ناکامی ها است. دیگر باور فراشناختی باورهای منفی و نیاز به کنترل افکار به خصوص افکار و باورهای منفی و کنترل نشدنی می باشند. در واقع این نوع افکار، رفتارها و باورها در افرادموجب نشخوار ذهنی شده و از طریق نشخوار ذهنی، شخص خود را در معرض مواجهه متعدد با محرک یا موقعیت استرس زا قرار می دهد. بدین ترتیب، نشخوار ذهنی، می تواند باعث ایجاد نوعی استرس مزمن در فرد باشد. حال آنکه ذهن آگاهی همانطور که در تعریف آن گفته شده است بدون قضاوت و با ایجاد تغییراتی با استفاده از تکنیک های جسمی و روانی به کاهش استرس در افراد می پردازد و مهم ترین کارایی آن در کاهش استرس و اضطراب و افکار ناکارامد است. از این رو اثربخش بودن این درمان به خصوص در مورد کاهش استرس، افکار نگرانی و ناکارامد منفی، عدم اطمینان شناختی و ایجاد خوداگاهی به وسیله نوع تکنیک های استفاده شده در این نوع درمان توجیه پذیر می باشد.

به طور کلی نتایج این پژوهش نشان دهنده همسو بودن یافته ها با یافته های سایر پژوهش های پیشین در این حوزه بوده است؛ اما از انجایی که همه پژوهش ها به دلایل مختلف در طول اجرا با محدودیت هایی مواجه خواهد بود، در این پژوهش نیز محدودیت هایی بیان شده است که در این راستا پیشنهادات برای پژوهشگران آتی تدوین و ارائه شده است.

منابع

اتکینسون، ریتا، اتکینسون، ریچارد، اسمیت، ادوارد، بم، داریل و نولن- هوکسما، سوزان (۲۰۰۶). زمینه روانشناسی هیلگارد. ترجمه محمد تقی براهنی، بهروز بیرشک، مهرداد بیک، رضا زمانی، سعید شاملو، مهرناز شهر آرای، یوسف کریمی، نیسان گاهان و دیگران (۱۳۸۹). تهران: انتشارات رشد.

احمدوند، محمد علی (۱۳۸۸). بهداشت روانی. تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور.

آزادی، مریم. (۱۳۹۳). *مقایسه باورهای فراشناختی و نشخوار فکری بیماران سرطانی با افراد عادی*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی گرمسار.

آقا باقری، حامد. محمدخانی، پروانه. عمرانی، سمیرا. فرهمند، وحید (۱۳۹۱). نشریه روانشناسی بالینی. دوره ۴. شماره ۱. ۲۳-۳۱.

اکبرآبادی، زهرا. حسن زاده تقوایی، مرجان. پاشنگ، سارا (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب و استرس ادراک شده زنان در دوران بارداری. همایش علوم تربیتی و روان شناسی و آسیب شناسی فرهنگی ایران.

اکبری، محمداسماعیل. نفیسی، ناهید. جمشیدی فر، زهرا.(۱۳۹۲). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش استرس ادراک شده بیماران مبتلا به سرطان پستان. مجله اندیشه و رفتار. دوره ۷. شماره ۲۷.

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

امیدی، عبداله. مومنی، جواد. رایگان، فریبا. اکبری، حسین. طلیقی، انسیه.(۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران قلبی عروقی. اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی. شماره ۴۲.

آیزنک، مایکلف (۱۹۹۵). روان شناسی شادی. ترجمه محمد فیروز بخت و خلیل بیگی، تهران: انتشارات بدر.

باجلان، علی و عظیمی، لیلا (۱۳۸۸). مطالعات کیفیت زندگی. اراک: انتشارات نویسنده.

باقری نژاد، فرزانه؛ اکبری زاده، فریبا و حاتمی، هانیه. (۱۳۸۹). رابطه بین هوش معنوی و باورهای فراشناختی و متغیرهای دموگرافیک در پرستاران بیمارستان فاطمه الزهرا وبنت الهدی شهرستان بوشهر.

بهرام خانی، محمود. جان بزرگی، مسعود. علی پور، احمد. (۱۳۹۱). نشریه روانشناسی بالینی. دوره ۴. شماره ۱. ۱ - ۱۲.

بوچر، جیمز، مینکا، سوزان و هولی، جیل (۲۰۰۷). آسیب شناسی روانی (جلد دوم). ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۸۹). تهران: انتشارات ارسباران.

پرویزی، کامل. (۱۳۸۹). *رابطه بین باور های غیر منطقی و آسیب پذیری روانی بین دانش آموزان دختر و پسر دبیرستان های دهدشت*. پایان نامه دوره کارشناسی ارشد. دانشگاه اسلامی واحد اهواز.

تقی پور، سیدحسین. (۱۳۸۷). *از امید تا شادی*. قم: انتشارات مشهور.

تقی لو، صادق (۱۳۸۸). تاثیر آموزش روخوانی قران بر کاهش استرس در بین جوانان و نوجوانان. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره هیجدهم، شماره ۷۱، ۷۲-۸۱.

خضری مقدم، نوشیروان. قربانی، نیما. بهرامی، احسان هادی. رستمی، رضا. (۱۳۹۱). نشریه روانشناسی بالینی. دوره ۴. شماره ۱. ۱۳-۲۲.

خلعتبری، جواد. حسن زاده، سرور. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و نگرش های ناکارامد بیماران فشارخونی. کنفرانس بین المللی پژوهش در علوم تربیتی و روانشناسی و علوم اجتماعی.

دهقانی، علی. محمدخان، سیما. معماریان، ربابه. (۱۳۹۲). بررسی شیوع فراوانی استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران مولتیپل اسکلروزیس. نشریه دانشگاه علوم پزشکی البرز. دوره ۲. شماره ۲.

راتوس، اسپنسر (۱۹۹۵). روانشناسی عمومی (جلد دوم). ترجمه‌ی حمزه‌ی گنجی (۱۳۸۹). تهران: انتشارات ویرایش.

زینالی، فریده. (۱۳۹۵). مجله مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی. شماره ۲۰ صفحه ۵۷-۶۸.

شفیع آبادی، عبد الله و ناصری، غلامرضا. (۱۳۸۳). *نظریه های مشاوره و روان درمانی*. چاپ دهم. تهران: مرکز نشر دانشگاهی.

شیلینگ، لویس. (۱۹۹۰). *نظریه های مشاور (دیدگاه های مشاوره)*. ترجمه سیده خدیجه آرین. (۱۳۸۵). چاپ دوم. تهران: انتشارات اطلاعات تهران.

غفاری، امید و امیدی، رضا (۱۳۸۷). کیفیت زندگی شاخص توسعه اجتماعی. تهران: نشر شیرازه.

فخری، مینا. (۱۳۹۱). مقایسه بین نشخوار ذهنی و افسردگی بیماران قلبی و افراد عادی. *مطالعات تربیتی دانشگاه فردوسی مشهد*، دوره ۱۱، شماره ۱، ۵۶-۴۴.

فرهادی، مریم. پسندیده، محمد مهدی (۱۳۹۶).اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR)در کاهش استرس، اضطراب، افسردگی وافزایش خودکار آمدگی در بیماران مبتلا به ام اس. روانشناسی بالینی و شخصیت، دانشور رفتار سابق، دوره ۱۵، شماره ۲،۷-۱۵

فریش، مایکل (۲۰۰۵). روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی. ترجمه اکرم خمسه ای (۱۳۸۹)، تهران: انتشارات ارجمند.

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

فلاح، محمدحسین و نیک فرجام، محمدرضا (۱۳۸۸). جایگاه اعتکاف در آموزه‌های دینی و تأثیر آن بر افزایش شادکامی. فصلنامه علمی- پژوهشی علوم اسلامی، سال چهارم، شماره ۱۶، ۱۲۵-۱۱۴.

کشاورز، امیر، مهرابی، حسینعلی و سلطانی زاده، محمد (۱۳۸۸). پیش بینی کننده های روان شناختی رضایت از زندگی. روان شناسی تحولی: روانشناسان ایرانی، سال ششم، شماره ۲۲، ۱۶۸-۱۵۹.

کشاورز، امیر، مولوی، حسین و کلانتری، مهرداد (۸۷). رابطه بین سرزندگی و ویژگی‌های جمعیت شناختی با شادکامی در مردم شهر اصفهان. مطالعات روان شناختی، دوره ۴، شماره ۴، ۶۴-۴۵.

گنجی ارجنگی، معصومه و فراهانی، محمد تقی (۱۳۸۸). رابطه استرس شغلی و خودکارآمدی با رضایت از زندگی در امدادگران حوادث گاز استان اصفهان. فصلنامه علمی- پژوهشی پژوهش در سلامت روانشناختی، دوره ی دوم، شماره ی سوم، ۲۴-۱۵.

نجات، سحرناز (۱۳۸۷). کیفیت زندگی و اندازه گیری آن. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، دوره ۴، شماره ۲، ۶۲-۵۷.

نجات، سحرناز.(۱۳۸۷). کیفیت زندگی و اندازه گیری آن. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران. دوره ۴. شماره ۲.

Aranega A, Castani-Sanchez R, Garsia-perez C. (2019) Mindfulness effects on undergraduates perception of self- knowlage and stress leves. **Jonrnal of Business Research**, 101,441-446

Asghari A, Faghehi S.(2003). Validation of the SF-36 health survey questionnaire in two Iranian samples **J Daneshvar Raftar**, 1:1-11.

Bamer M, Cetin K, Johnson L, Gibbons E, Ehde M.(2008). Validation study of prevalence and correlates of depressive symptomatology in multiple sclerosis. **Gen Hosp Psychiatry,** 30(4):311-7.

Beiske A. G, Svensson E, Sandanger I, Czujko B, Pedersen E. D, Aarseth J. H, Myhr K. M.(2008). Depression and anxiety amongst multiple sclerosis patients. **Eur J Neurol** , 15(2): 239-45.

Bellman – Stroble J, Pach D, Chang Y, Pasura L,…Sh X. (2018). The effectivness of acupuncture and mindfulness- based stress reduction(MBSR) forpatients with multiple sclerosis associated fatigue.**European Jornal of Integrative Medicine**, 20,6-15

Benzo R, Anderson P, Bronars C, Clark M.(2018). Mindfulness for healthcare Providers:The role of non-reactivity in Reducing stress, 14(6), 453-456

Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuuijpers P.(2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adulte with a chronic medical disease: A meta-analysis. **Journal Psychosom Reserch**.(68): 539-5440.

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. **Journal Health Soc Behav**, 42 (2), 193-183.

De More, M., & Cohen, L.L.(۲۰۰۹). Distraction for pediatric immunization pain: A critical review. **Journal Clinical Psychology Medical Settings**; 12(4): 281-291.

intervention for managing strees in multiple sclerosis, 31 (2), 113-120

Jandaghi F, Neshat-Doost HT, Kalantari M, Jabal-Ameli Sh. (2013). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Stress Management Group Training on Anxiety and Depression of Ad-dicts under Methadone Maintenance Therapy (MMT): **J Clin Psychol**, (4):41-50.

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

Kabat-Zinn, J. (2004). Full catastrophe living: The program of the stress reduction clinic at the university of Massachuset Medical Center. New York: Dell Publishing.

Kabat-Zinn, J. (2005). **Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness**. New York: Hyperion.

Kabat-Zinn, J.(2005). **Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness**. New York: Hyperion.

Liu L, Setse R, Grogan R, Powe NR, Nicholson WK. (2013). The effect of depression symptoms and social support on blackwhite differences in health-related quality of life in early pregnancy: the health status in pregnancy (HIP) study. **BMC Pregnancy Childbirth,** 13:125.

Lu J, Mumba M, Lynch Sh, Li Ch, … Allen R.(2019).Nurssing students trait mindfulness and psychological stress.**Nurse Education Today**, 75,41-46

Marlatt, G. A., & J. L. Kristeller. (1999). Mindfulness and meditation In W. R. Miller (Ed),Integrating spirituality into treatment. **American Psychological Association, 67-84.**

Penedo FJ, Benedict C, Zhou ES, Rasheed M, Traeger L, Kava BR, Soloway M, Czaja S, & Antoni MH. (2013) Association of stress management skills and perceived stresswith physical and emotional well-being among advanced prostatecancer survivors following androgen deprivation treatment. **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**, 20(1): 25-32.

Salzberg, S. Goldstein, A. (2001). Voices of insight. Shambhala Publications.

Susniene, D., & Jurkauskas, A. (2009). The concepts of quality of life and happiness – correlation and differences. **Work Humanism**, 3, 58-66.

Teasdale JD, Segal Z, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy**. J Consult Clin Psychol**, (68): 615-23.

Wang Z, Chen J, Boyd JE, Zhang H, Jia X, Qiu J, & Xiao Z. (2011). Psychometric properties of the Chinese version of the perceived stress scale in Policewomen**. PLoS ONE**, 6 (12): 1-4.

Wang, F., & Wang, N. (2010). Material properties of the cell dictate stress-induced spreading and differentiation in embryonic stem cells. ***Nature materials,*** *9*(1), 82.

Wells, H.B.(2009). ***Depressive rumination: Nature, theory, and treatment*** (pp.107-

Zollars I,Poirier Th,Pailden J.(2019).Effects of mindfulness meditation on mindfulness, mental well-being, and **perceived stress**.(2019)

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