فصلنامه ایده های نوین روانشناسی

دوره۳، شماره ۷، پاییز۱۳۹۸

بررسی مقایسه ای اثربخشی دو شیوه درمانی تاب آوری و ذهن آگاهی گروهی بر ارتقاء امید و شادکامی بیماران مولتیپل اسکلروزیس

زینب دل زنده نژاد، طهمورث آقاجانی هشتجین (نویسنده مسئول)، عماد یوسفی

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه‌ای اثربخشی دو شیوه درمانی تاب آوری و ذهن آگاهی گروهی بر ارتقاء امید و شادکامی بیماران مولتیپل اسکلروزیس انجام گرفت. طرح پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش آزمون– پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز شهرستان بندرعباس می‌باشد که تعداد آنها ۱۲۴ نفر می‌باشد، حجم نمونه براساس معیارهای ورودی به ۶۰ نفر تقلیل یافت و براساس جدول مورگان نمونه‌ای به تعداد ۴۵ نفر، که به طور هدفمند انتخاب شده و به سه گروه ۱۵ نفری به طور تصادفی تقسیم شدند و مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه آزمایش اول مداخله ذهن آگاهی و گروه آزمایش دوم مداخله تاب آوری به صورت گروهی دریافت کردند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. برای جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های امیدواری اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱) و شادکامی آرگایل و لو (۱۹۸۹) در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون کواریانس چندمتغیری استفاده گردید. نتایج بررسی فرضیه‌های تحقیق از طریق آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری نشان داد که بین اثربخشی دو شیوه درمانی تاب آوری و ذهن آگاهی گروهی بر ارتقاء امید و شادکامی بیماران مولتیپل اسکلروزیس تفاوت وجود دارد ($P<0.01$). همچنین شیوه درمانی تاب آوری و ذهن آگاهی گروهی بر ارتقاء امید و شادکامی بیماران مولتیپل اسکلروزیس اثربخش بودند ($P<0.01$). نتایج تحقیق نشان دهنده تاثیرات مداخلات مثبت نگر بر امیدواری و شادکامی بیماران مولتیپل اسکروزیس می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: آموزش تاب‌آوری، آموزش ذهن آگاهی گروهی، امید، شادکامی، بیماران مولتیپل اسکلروزیس

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره۳، شماره ۷، پاییز۱۳۹۸

مقدمه

بیماری مولتیپل اسکلروزیس[1] (ام اس)، یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن (مغز، نخاع و عصب بینـایی) است و اغلب پیش رونده سیستم عصبی مرکزی است (درو[2]، تیپت[3]، استارکی[4] و ایسلر[5]، ۲۰۰۸)، که با از بین رفتن غلاف میلین در مناطقی از اعصاب مغزی به صورت تکه‌های کوچک (پلاک) مشخص می‌شود، و به طور نادر ممکن است اعصاب محیطی را نیز درگیر نماید، و منجر به بروز اختلال در انتقال پیام‌های عصبی و بروز علائم و عوارض مرتبط با آن گردد (یکتا مرام و نظم ده، ۱۳۸۸). علت این بیماری به طـور دقیـق ناشـناخته است. بیماری‌ام اس یک اختلال خود ایمنی دستگاه عصبی، در همه سنین است (دنیسون[6]، مـوس مـاریس[7]، سیلبر[8]، گالا[9] و چالدر[10]، ۲۰۱۰). در بالغین جوان، سنین ۲۰ تا ۴۰ سال شایع‌تر است. همچنـین در زنـان ۲ برابر مردان بروز می‌کند، و سومین علت ناتوانی در میان بزرگسالان است (وثوقی، ۲۰۱۰).

با توجه به شیوع بیماری در سنین جوانی، این بیماری می‌تواند بـا کـاهش عملکـرد فـردی و اجتمـاعی و مشکلات عاطفی و روانی همراه باشد و با سیر بیماری و عدم کنترل مناسب آن نگرانی، اضطراب و افسـردگی را دو چندان کند (آقایوسفی و همکاران،۱۳۹۱)، آنچه در برخورد با چنین بیماری ضروری به نظـر مـی‌رسـد شادکامی و رفع مشکلات عاطفی است که بیماران با آن روبرو هستند (رشیدی،۱۳۸۶). افراد مبتلا به ام اس، علاوه بر اینکه از مشکلات جسمانی رنج می‌برند، اغلب، از آسیب‌ها و اختلالات روانی نیز رنج مـی‌برنـد. عـدم امید به زندگی و عدم اعتماد به نفس از جمله مشکلاتی هستند که افراد مبتلا به ام اس با آن دست و پنجـه نرم می‌کنند و لذا به شدت بر کیفیت زندگی این افراد تأثیر می‌گذارنـد (غلامـی و حیـدری،۱۳۹۳). بـا ایـن اوصاف متغیّرهای سازگار فراوانی در میان افراد مبتلا به ام.اس. وجود دارد. شناسـایی عوامـل محـافظ ماننـد امیدواری که در مقابل اثرهای ناسازگار بیماری مؤثر است، می‌تواند نقش مهمی در مقابله با بحران‌ها و اهداف تحمیلی مرتبط با بیماری در زندگی فرد ایفاکنـد (گـم وسـنیدر[11]، ۲۰۰۹). امیـد عنصـر اساسـی زنـدگی و مظهری از چشم انداز ما از آینده است. وجود امید برای کسی که دچار بیماری است، می‌توانـد انـرژی لازم را برای ارتقای سلامت و افزایش بهزیستی فراهم کند؛ و همچنین عزت نفس و حس خـوب بـودن را در بیمـار تقویت کند (مارگنت[12]، ۲۰۰۸).

[1] multiple sclerosis
[2] Drew
[3] Tippett
[4] Starkey
5 Isler
[6] Dennison
[7] Moss-Morris
[8] Silber
[9] Galea
[10] Chalder
[11] Gum, Snyder
[12] Morgante

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

با توجه به مشکلات روانشناختی این بیماران و برای مؤثر و پایداری رفتارهای خود مراقبتی این بیماران نیاز به حمایت مداوم به خصوص نیروهای حمایتی آموزشی گسترده ودرمانی دارند (بوثرد و فیشر[1]،۲۰۱۰)، جوامع علمی مختلف برای افزایش توانایی و شادکامی این بیماران برنامه‌هایی در نظر گرفته شود. تاب آوری[2] یکی از مداخله‌هایی است که می‌تواند ظرفیت افراد در مقابله، سازگاری و بهبودی از استرس و دشواری‌ها را فراهم کند. در هنگام مواجهه با دشواری‌های زندگی، افراد با تاب آوری پایین در معرض خطر ابتلا به افسردگی، استرس، اضطراب و مشکلات بین فردی هستند وممکن است از رفتارهای مخاطره آمیز برای سلامتی استفاده کنند وهمچنین از مشکلات جسمی رنج ببرند (بورتن، پاکنهام و بورن[3]،۲۰۱۰). بیشتر پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند که افکارمنفی نیز در این بیماران زیاد می‌باشد اما ماهیت هر چقدر هم منفی باشند، به خودی خود مشکل اصلی محسوب نمی‌شود، بلکه شیوه واکنش دهی به آنها از طریق فعال شدن یک حالت ذهنی مبتنی بر تشخیص تفاوت‌ها است که موجب تداوم و تشدید افکار منفی و افسردگی می‌شود که همه تلاش‌های ناموفق در کنترل نشخوارهای فکری در شکل گیری و تداوم اختلال، نقش تعیین کننده‌ای دارند. در تکنیک ذهن‌آگاهی از توانایی مددجو برای بازسازی شناختی استفاده می‌شود طریق توجه هدفمند، در اینجا و هم اکنون، و توجه عاری از قضاوت نسبت به آنها داشته باشند. در ذهن‌آگاهی به آنها آموخته می‌شود که به جای انکار و رود تجارب ناخوشایند، آن‌ها را هما ن طور که هستند بپذیرند ونسبت به خودشان و واکنش‌هایشان به تجارب ناخوشایند، آگاهی داشته باشند (کارن[4]، ۲۰۰۹). بیشاپ[5] و همکاران (۲۰۰۹) اعتقاد دارند که ذهن آگاهی به افراد می‌آموزد که به‌جای اینکه بخواهند به زور افکار منفی خود را کنترل و یا سرکوب کنند، بپذیرند که افکار و احساسات وجود دارند (کی و پیدگان[6]،۲۰۱۳). اما با توجه به اهمیت هیجان‌های ناکارآمدی و منفی و تنظیم آنها تاکنون این موضوع در میان بیماران مولتیپل اسکلروزیس شهر بندرعباس نگرفته است و انجام این پژوهش می‌تواند روند جدیدی در این زمینه ایجاد نماید، لذا با توجه به مطالب ذکر شده سؤال اصلی پژوهش حاضر حاکی از این است که بین اثربخشی دو شیوه درمانی تاب آوری و ذهن آگاهی گروهی بر ارتقاء امید و شادکامی بیماران مولتیپل اسکلروزیس تفاوت وجود دارد؟

روش

مطالعه حاضر براساس طرح پژوهش و اهداف آن، یک مطالعه نیمه تجربی می‌باشد، به صورت طرح پیش آزمون – پس آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز شهرستان بندرعباس می‌باشد (N=۱۲۴). حجم نمونه براساس معیارهای ورودی به ۶۰ نفر تقلیل یافت و

[1] Boothroyd, Fisher
[2] Reciliency
[3] Burton, Pakenham, Brown
[4] Crane
[5] Bishab
[6] Keye, Pidgeon

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

براساس جدول مورگان نمونه‌ای به تعداد ۴۵ نفر، که به طور هدفمند انتخاب شده و به سه گروه ۱۵ نفری به طور تصادفی تقسیم شدند و مورد ارزیابی قرار گرفتند. پس از انتخاب هدفمند آزمودنی‌ها و گماردن تصادفی آنها در سه گروه آزمایش و کنترل، پیش آزمون در هر سه گروه، انجام گرفت. در هماهنگی با بیماران در جلسه اول مداخله پرسشنامه مورد نظر پژوهش اجرا شد، سپس مکان مناسبی برای آموزش فراهم شد وگروه های آزمایش مداخله‌های مرتبط را دریافت کردند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نشد. در نهایت هر سه در پس آزمون نسبت به متغیرهای مورد بررسی ارزیابی شدند، روند جلسات در هر دو گروه آزمایش به شرح زیر توضیح داده شد:

شیوه اجرای آموزش تاب آوری:

برنامه آموزش مؤلفه‌های تاب آوری از ۸ جلسه رسمی تشکیل شده که این برنامه برگرفته از برنامه هندرسون و میلستین [۱]، کروتز [۲] و انستیتوی پژوهش [۳] است، که در سال ۱۹۹۷ جهت ایجاد مدارس امن در ایالات متحده آمریکا به اجرا درآمد(حسین زادگان و هاشمیان،۱۳۹۴). فرآیند جلسات:

جلسه اول: آشنایی / قسمت دوم: خودآگاهی(برقراری ارتباط با مخاطبان و آشنا کردن آن ها با تاب آوری و قوانین شرکت در کارگاه وآگاهی نسبت به توانمندی های خود)

جلسه دوم: عنوان: ارزشمندی(درک روشنی از عزت نفس به دست بیاورند. علل و عوامل مؤثر در تقویت عزت نفس را شناسایی کنند. به اهمیت و تؤثیر عزت نفس در زندگی پی ببرند. ضعف های خود را شناسایی نموده و یک مورد از آن را برطرف کنند. در تقویت عزت نفس به دیگران یاری رسانند).

جلسه سوم: عنوان: ارتباط مؤثر و پیوند جویی(ارتقای توانایی افراد در برقراری ارتباط و برقراری روابط اجتماعی و دوست یابی).

جلسه چهارم: عنوان: آینده نگری(تعیین هدف و چگونگی دستیابی به آن).

جلسه پنجم: خودکارآمدی و تصمیم گیری(معیارهای صحیح یک تصمیم خوب را بیان کنند. اهمیت و ارزش یک تصمیم درست در زندگی را توضیح دهند. عواقب و نتایج تصمیمات را پیش بینی کنند.).

جلسه ششم: حل مسئله(مراحل حل یک مسئله را به طور ساده توضیح دهند. یاد بگیرند تا در مورد یک مسئله تفکر کنند. بتوانند مشکلات خود را حل کنند و برای آن ها راه حل ارائه دهند. برای حل مشکلات خود به نوعی خودکارآمدی دست یابند.)

جلسه هفتم: مسئولیت پذیری(تعریف ساده ای از مسئولیت پذیری ارائه دهند. مسئولیت کوچکی را در خوابگاه یا خانواده عهده دار شوند. خصوصیات یک فرد مسئولیت پذیر را به آسانی بیان کنند).

جلسه هشتم: کنترل هیجانات(مفهوم خشم، اضطراب و استرس را به صورت ساده بیان کنند.

[1] Henderson & Milstein
[2] Krovetz
[3] The search Institute

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

نشانه های خشم و اضطراب و استرس را بیان کنند. علل و پیامدهای خشم و اضطراب و استرس را بیان کنند).

شیوه اجرای آموزش ذهن آگاهی

بر این منظور از الگوی ذهن آگاهی ولز (۲۰۰۶) استفاده شد که به صورت هشت جلسه یک ساعته اجرا می‌گردد:

جلسه اول: خوش آمدگویی، بحث راجع به مکان برگذاری، تعداد جلسات، طول دوره ومدت زمان هر جلسه، مطرح کردن قوانین ومقررات گروه و آشنایی اعضای گروه با هم.

جلسه دوم: آموزش فن کنترل توجه و تمرین آن

جلسه سوم: آموزش و تمرین فن هدایت فراشناختی، آموزش و تمرین، ارائه تکلیف خانگی

جلسه چهارم: آموزش و تمرین فن تداعی آزاد، ارائه تکلیف خانگی

جلسه پنجم: آموزش و تمرین فن تجویز ذهن سرگردان

جلسه ششم: آموزش و تمرین فن حلقه کلامی، آموزش و تمرین فن کودک متمرد

جلسه هفتم: آموزش و تمرین روش تصویر سازی ابرها، آموزش و تمرین روش تمثیل ایستگاه قطار

جلسه هشتم: دریافت بازخورد از جلسه قبل، مرور تکلیف خانگی، پاسخگویی به سؤال‌ها و اشکال‌ها.

در این پژوهش جهت جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه‌هایی به شرح زیر استفاده می‌شود:

الف. پرسشنامه امیدواری: این پرسشنامه توسط اشنایدر[1] و همکاران (۱۹۹۱) برای سنجش امیدواری ساخته شد، دارای ۱۲ عبارت است و به صورت خودسنجی اجرا می‌شود. از این عبارات، ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی، ۴ عبارت برای سنجش تفکر راهبردی، ۴ عبارت انحرافی است. بنابراین این پرسشنامه دو زیر مقیاس عامل و راهبرد را اندازه گیری می‌کند. متوسط ضریب روایی وپایایی این ابزار برابر ۰/۹۱ گزارش شده است. همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ است و پایایی آزمون ـ بازآزمون ۰/۸۰ ودر دوره‌های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته، از این میزان نیز بالاتر است (امیرغلامی و حیدری،۱۳۹۳). این پرسشنامه در طیف لیکرت از بسیار مخالف (نمره ۱) تا بسیار موافق (نمره ۵) نمره گذاری می‌شود. میلر روایی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده و پایایی آن را طبق آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۰ و پایایی آن را با دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف ۰/۹۰ و ۰/۸۹ گزارش کرد. در ایران نیز اعتبار و پایایی این مقیاس توسط عبدی و اسدی لاری (۲۰۱۱) مورد تأیید قرار گرفته است. پایایی پرسشنامه مذکور در تحقیق حاضر از طریق ضریب آلفای کرونباخ محاسبه و برابر با ۰/۸۰ بود.

[1] Shnayder

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

ب. پرسشنامه شادکامی: فهرست ۲۹ گزاره‌ای شادکامی آکسفورد اولین بار توسط آرگیل و لو[1](۱۹۸۹)، ساخته شده و به صورت (همیشه، ۳؛ گاهی اوقات، ۲؛ به ندرت، ۱ و هرگز، ۰) نمره گذاری می‌شود. نمرات پایین ۲۲ (شادی کم)، نمرات ۲۲ تا ۴۴ (شادی متوسط)، نمرات ۴۴ تا ۶۸ (شادی بالا) و نمرات ۶۸ تا ۸۷ (شادی بسیار بالا) است. دارای ۵ زیر مقیاس می‌باشد که عبارتند از: رضایت از زندگی[2](سؤالات ۱-۶)، حرمت خود[3](سؤالات ۷-۱۲)، بهزیستی فاعلی[4](کارآمدی) (سؤالات ۱۳-۱۸)، رضایت خاطر[5](سؤالات ۱۹-۲۴)، و خلق مثبت[6](سؤالات ۲۵-۲۹). همبستگی فهرست شادکامی آکسفورد با مقیاس عاطفه برادبورن، رضایت از زندگی آرگیل و فهرست افسردگی بک به ترتیب برابر با ۰/۳۲، و ۰/۵۷ و ۰/۵۲- بوده است که نشان ازاعتبار مطلوب مقیاس می‌باشد. پایایی آزمون با روش بازآزمایی پس از هفت هفته ۰/۷۸ بدست آمد. هم چنین ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۹۱ بوده است (علی پور و آگاه هریس، ۱۳۸۶). پایایی پرسشنامه مذکور در تحقیق حاضر از طریق ضریب آلفای کرونباخ محاسبه و برابر با ۰/۸۸ بود.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی (کواریانس چند متغیری) با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد.

یافته ها

در این بخش ابتدا به توصیف متغیرهای جمعیت شناختی و متغیرهای پژوهش پرداخته می‌شود. تحلیل داده‌های توصیفی نشان داد که از ۱۵ نفر اعضای گروه تاب آوری ۹ نفر (۶۰ درصد) زن و ۸ نفر (۴۰ درصد) مرد بودند. بعلاوه از ۱۵ نفر گروه ذهن آگاهی نیز ۸ نفر (۵۳/۴ درصد) زن و ۷ نفر (۴۶/۶ درصد) مرد بودند. همچنین از ۱۵ نفر گروه کنترل نیز ۷ نفر (۴۶/۶ درصد) زن و ۸ نفر (۵۳/۴ درصد) مرد بودند. در گروه تاب آوری، ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) سنی بین ۲۰-۳۰ سالگی و ۱۱ نفر (۷۳/۷ در صد) بالاتر از ۳۰ سال داشتند. در گروه ذهن آگاهی نیز ۶ نفر (۴۰ درصد) سنی بین ۲۰-۳۰ سال و ۹ نفر (۶۰ درصد) بالاتر از ۳۰ سال داشتند. در گروه کنترل نیز ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) سنی بین ۲۰-۳۰ سال و ۱۰ نفر (۶۶/۷ درصد) بالاتر از ۳۰ سال داشتند.

جدول ۱- وضعیت متغیرهای توصیفی مشارکت کنندگان بر حسب گروه

متغیر		گروه					
		تاب آوری		ذهن آگاهی		کنترل	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد درصد	
جنسیت	زن	۹	۰/۶۰	۸	۵۳/۴	۷	۴۶/۶

[1] Argyle
[2] life satisfaction
[3] Self-esteem
[4] Subjective well-being
[5] Satisfaction
[6] Positive mood

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

	مرد	۶	۰/۴۰	۷	۴۶/۶	۸	۵۳/۴
سن	۳۰-۲۰	۴	۲۶/۷	۶	۰/۴۰	۵	۳۳/۳

متغیر	شاخص	تاب آوری		ذهن آگاهی		کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
امیدواری	پیش آزمون	۱۱/۸۵	۱/۴۲	۱۲/۵۳	۱/۴۴	۱۲/۱۳	۱/۸۲
	پس آزمون	۲۸/۴۶	۱/۷۸	۲۳/۳۳	۱/۰۷	۱۱/۹۰	۱/۹۰
شادکامی	پیش آزمون	۷۲/۲	۱۹/۹۵	۷۱/۶	۲۲/۴۲	۷۰/۰۵	۱۶/۱۴
	پس آزمون	۷۹/۳۳	۱۷/۹۱	۸۰/۰۶	۱۳/۴۲	۷۱/۱۳	۱۴/۲۳

	۳۰<	۱۱	۷۳/۳	۹	۰/۶۰	۱۰	۶۶/۷

با توجه به جدول 2 متغیرهای مورد مطالعه (امید و شادکامی) برحسب گروه (تاب آوری، ذهن آگاهی و کنترل) و اندازه گیری (پیش آزمون و پس آزمون) از نظر میانگین، انحراف معیار نشان داده شده است.

جدول 2- توزیع فراوانی متغیرهای تحقیق برحسب گروه و اندازه گیری

قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کواریانس تک متغیری را برآورد می‌کنند، به بررسی آن‌ها پرداخته شد. بدین منظور چهار مفروضه‌ی این تحلیل شامل نرمال بودن چند متغیری و همگنی ماتریس‌های واریانس- کواریانس مورد بررسی قرار گرفتند و مشخص شد که آماره کلموگراف- اسمیرنف نشان داد، که برای متغیرهای تحقیق برحسب اندازه گیری در سه گروه توزیع بهنجار برخوردار می‌باشند و این پیش فرض رعایت شده است ($p>0.05$). همچنین مقدار محاسبه شده آماره آزمون، درجه آزادی‌ها و سطح معنی‌داری را نشان می‌دهد. مقادیر حاصل نشان می‌دهند که مفروضه همگنی واریانس خطای متغیر وابسته برای کلیه متغیرها برحسب گروه‌ها رعایت شده است ($p>۰/۰۵$).

نتایج آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیری در جدول 5 ارائه شده است. همان طور که نتایج نشان می‌دهد بین میانگین نمرات پس‌آزمون امیدواری بعد از حذف اثر پیش‌آزمون، برحسب گروه (تاب آوری و ذهن آگاهی) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($\hat{\eta}$=۰/۲۶۶، P<۰/۰۱، F(۲ و ۲۷)=۹/۸). همچنین بین میانگین نمرات پس‌آزمون شادکامی بعد از حذف اثر پیش‌آزمون، برحسب گروه (تاب آوری و ذهن آگاهی) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($\hat{\eta}$=۰/۱۵۲، P<۰/۰۱، F(۲ و ۲۷)=۴/۸۳). لذا گروه بندی معنادار می‌باشد. پس این فرضیه که «بین اثربخشی دو شیوه درمانی تاب آوری و ذهن آگاهی گروهی بر ارتقاء امید و شادکامی بیماران مولتیپل اسکلروزیس تفاوت وجود دارد»، تأیید می‌شود.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

جدول ۲- نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس جهت مقایسه امید و شادکامی برحسب گروه (تاب آوری و ذهن آگاهی)

متغیرها	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	η2p
امیدواری	پیش‌آزمون	۲۴۶/۹۸	۱	۲۴۶/۹۸	۰/۴۹	۰/۴۸۹	۰/۰۱۸
	گروه	۴۹۲۴/۷۵	۱	۴۹۲۴/۷۵	۹/۸۰۸	**۰/۰۰۴	۰/۲۶۶
	خطا	۱۳۵۵۷/۲۸	۲۷	۵۰۲/۱۲			
	کل	۱۱۳۱۹۲۶	۳۰				
شادکامی	پیش‌آزمون	۲۴۰۱/۰۹	۱	۲۴۰۱/۰۹	۱۴/۲۵	**۰/۰۰۱	۰/۳۴۵
	گروه	۸۱۴/۸۶	۱	۸۱۴/۸۶	۴/۸۳	**۰/۰۳	۰/۱۵۲
	خطا	۴۵۴۹/۱۷	۲۸	۱۶۸/۴۸			
	کل	۱۸۶۴۵۶	۳۰				

**Sig. p<0/01 & *p<0/05

بحث و نتیجه‌گیری

بررسی نشان داد بین میانگین نمرات پس‌آزمون امیدواری بعد از حذف اثر پیش‌آزمون، برحسب گروه (تاب آوری و ذهن آگاهی) تفاوت معنی‌داری وجود دارد (ή=۰/۲۶۶، P<۰/۰۱، ۹/۸=(۲۷ و ۱)F). همچنین بین میانگین نمرات پس‌آزمون شادکامی بعد از حذف اثر پیش‌آزمون، برحسب گروه (تاب آوری و ذهن آگاهی) تفاوت معنی‌داری وجود دارد (ή=۰/۱۵۲، P<۰/۰۱، ۴/۸۳=(۲۷ و ۱)F). لذا گروه بندی معنادار می‌باشد. پس این فرضیه که «بین اثربخشی دو شیوه درمانی تاب آوری و ذهن آگاهی گروهی بر ارتقاء امید و شادکامی بیماران مولتیپل اسکلروزیس تفاوت وجود دارد»، تأیید می‌شود. لذا این یافته با نتایج تحقیقات قبلی از جمله سهرابی و جعفری روشن (۱۳۹۶)، اورکی و سامی (۱۳۹۵)، فیضه، دباغی و گودرزی (۱۳۹۵)، هنرمندزاده و سجادیان (۱۳۹۵)، عابدینی و همکاران (۱۳۹۶)، مؤمنی و همکاران (۱۳۹۴)، ارگنه، زارعی، گلی و قاسمی (۱۳۹۳)، امیرغلامی و حیدری (۱۳۹۳)، معصومیان، شعیری، شمس و مؤمن زاده (۱۳۹۲)، نریمانی، آریاپوران، ابوالقاسمی و احدی (۱۳۹۰) همخوانی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان کرد که مدیریت هیجانات منفی در بیماران ام اس دارای اهمیت می‌باشد، چرا که تنظیم شناختی هیجان از طریق مداخلاتی مانند تاب آوری و ذهن آگاهی سبب می‌گردد که بیماران از فرایندهای بیرونی و درونی درگیر در راه اندازی، ادامه دادن و تنظیم رخدادها، تنش‌ها و بیان احساسات استفاده کنند و تنظیم شناختی هیجان به فرایندهای درونی که در جهت تنظیم هیجانات در گیر هستند مثل فرایندهای شناختی هیجان و تاثیرات بیرونی مانند والدین مربوط می‌گردد. تفکر درباره برنامه‌هایی که برای مداخله در اتفاقات طرح ریزی می‌شود، یا تفکر روی طرحی که موقعیت‌ها را تغییر می‌دهد. این راهبرد

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

لزوماً یک راهبرد مقابله شناختی مثبت است. این راهبرد مقابله شناختی متمرکز بر عمل است یعنی صرفاً شناختی نیست بلکه همراه با عمل می‌گردد و رفتاری حقیقی به دنبال دارد. معنای مثبت بخشیدن به وقایع و اتفاقات دوران رشد و فکر کردن به اینکه این اتفاقات می‌توانند فرد را قوی‌تر کنند و یا جستجوی جنبه‌های مثبت یک اتفاق؛ این راهبرد نیز با امیدواری و شادکامی رابطه مثبت دارند.

منابع

ارگنه، حامد؛ زارعی، ابوالفضل؛ گلی، رحیم و قاسمی، محمد (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش تاب اوری با تاکید بر پیشگیری زودرس در برابر رفتارهای پرخطر در دانش آموزان مقطع دبیرستان، *دومین کنفرانس ملی روانشناسی و علوم رفتاری، تهران، موسسه اطلاع رسانی نارکیش*

آقایوسفی، علیرضا؛ شقاقی، فرهرد؛ دهستانی، مهدی و برقی ایرانی، زیبا (۱۳۹۱). ارتباط کیفیت زندگی و سرمایه روانشناختی با ادراک بیماری در میان بیماران ام اس، *فصلنامه روانشناسی سلامت، شماره ۱، ص ۶-۱۲.*

امیرغلامی، الهام و حیدری، علیرضا (۱۳۹۳). *بررسی میزان امید در بیماران ام اس شهر اهواز بر اساس متغیر جنس و میزان تحصیلات. کنفرانس آسیب شناسی، ریشه یابی و ترمیم در روانشناسی*، شیراز، شرکت پندار اندیش رهپو.

اورکی، محمد و سامی، پوران (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه بر میزان ادراک بیماری و شدت بیماری در مبتلایان به ام اس، *شناخت اجتماعی، دوره ۵، شماره ۱۰*، ص ۱۰۵-۱۱۷.

حسین چاری، مسعود و فداکار، مهدی (۱۳۸۷). بررسی تأثیر دانشگاه بر مهارت‌های ارتباطی بر اساس مقایسه‌ی دانش آموزان و دانشجویان. *دانشور رفتار، سال دوازدهم- شماره‌ی ۱۵*، صص ۲۱-۳۱.

رشیدی، فرنگیس (۱۳۸۶). *بررسی رابطه باورهای غیرمنطقی وکمرویی با سلامت روان دانش آموزان دختر پایه سوم دوره دبیرستانی شهر تهران*، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد رودهن

سهرابی، فرامرز و جعفری روشن، فریبا (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی روان‌درمانی گروهی مثبت‌نگر بر تاب‌آوری، شادکامی و سلامت عمومی زنان دارای همسر وابسته به مواد، *پژوهش نامه روانشناسی مثبت، دوره ۲، شماره ۱*، ص ۳۱-۴۶.

عابدینی، الهه؛ قنبری، بهرامعلی و طلبیان، جعفر (۱۳۹۶). *اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید بر امید وافسردگی زنان مبتلا به بیماری‌ام.* اس، دوره ۸، شماره ۲، ص ۱-۱۱.

علی پور، احمد و آگاه هریس، مژگان (۱۳۸۶). اعتبار و روایی فهرست شادکامی، آکسفورد در ایرانی‌ها. *فصلنامه روانشناسان ایرانی، سال سوم، شماره ۱۲*، ص ۲۹۸- ۲۸۷.

فیضه، عبدالملک؛ دباغی، پرویز و گودرزی، ناصر (۱۳۹۵). بررسی اثر بخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب، استرس و افسردگی و افزایش سطح بهزیستی روان‌شناختی کارکنان نظامی، *روانشناسی نظامی، دوره ۸، شماره ۳*، ص ۳۱-۳۹.

گلی، زهرا؛ جهانگیر، پانته آ (۱۳۹۱). *بررسی رابطه خودکارآمدی، شادکامی بر سلامت روان دختران مقطع پیش دانشگاهی شهر ساری.* پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی مازندران.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

معصومیان، سمیرا؛ شعیری، محمدرضا؛ شمس، جمال و مؤمن زاده، سیروس (۱۳۹۲). بررسی تأثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی زنان مبتلا به کمردرد مزمن، *پژوهش در پزشکی، دوره ۳۷، شماره ۳*، ص ۱۵۸-۱۶۳.

مؤمنی، خدامراد؛ جلیلی، زهرا؛ محسنی، رجاء؛ کرمی، جهانگیر؛ سعیدی، مژگان و احمدی، سید مجتبی (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی تاب آوری بر کاهش علایم اضطراب نوجوانان مبتلا به بیماری قلبی. *مجله تحقیقات بالینی در علوم پیراپزشکی، سال چهارم، شماره دوم*، ص ۱۲۳-۱۳۵.

نریمانی، محمد؛ آریاپوران، سعید؛ ابوالقاسمی، عباس و احدی، بتول (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی ذهن آگاهی و تنظیم هیجان بر سلامت روان جانبازان شیمیایی. *مجله روان شناسی بالینی، سال دوم، شماره ۴*، ص ۶۱-۷۶.

هنرمندزاده، ریحانه و سجادیان، ایلناز (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی مداخله مثبت‌نگر گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری و شادکامی دختران نوجوان بی‌سرپرست تحت حمایت بهزیستی استان اصفهان، *پژوهش نامه روانشناسی مثبت، دوره ۲، شماره ۲*، ص ۳۵-۵۰.

یکتا مرام، سیدعلی محمد و نظم ده، کاظم (۱۳۸۸). *توانبخشی به هنگام در افراد با بیماری مولتیپل اسکلروز*. به سفارش معاونت امور توانبخشی سازمان بهزیستی کشور.

Argyle, M. (2003). Psychology and religion: An introduction. London: Routledge.

Boothroyd RI, Fisher EB. Peers for Progress: Promoting peer support for health around the world. Family Practice an international journal. 2010; 27: i62–i68

Burton NW, Pakenham KI, Brown WJ. Feasibility andeffectiveness of psychosocial resilience training: A pilot study of the READY program. Psychol Health Med 2010;15(3):266-77.

Crane R. Mindfulness-Based Cognitive Therapy. London: Rutledge; 2009.

Dennison L, Moss-Morris R, Silber E, Galea I, Chalder T. (2010). Cognitive and behavioural correlates of different domains of psychological adjustment in early-stage multiple sclerosis, Original Research Article Journal of Psychosomatic Research, Volume 69, Issue 4, P 353-361.

Drew M, Tippett LJ, Starkey NJ, Isler RB. (2008).Executive dysfunction and cognitive impairment in a large community-based sample with Multiple Sclerosis from New Zealand: A descriptive study Original Research Article Archives of Clinical Neuropsychology, 23(1), 1-19.

Gum A, Snyder CR. Coping with terminal illness: The role of hopeful thinking. Journal of palliative medicine. 2009;5(6):883-94.

Keye M, Pidgeon AM. An Investigation of the Relationship between Resilience, Mindfulness, and Academic Self-Efficacy. Open Journal of Social Sciences 2013; 1(6):1-4.

Morgante L. Hope in multiple sclerosis: a nursing perspective. International Journal of MS Care. 2000; 2(2): 9-15.

Nolen-Hoeksema, S., McBride, A., & Larson, J. (1997). Rumination and psychological distress among bereaved partners. Journal of Personality and Social Psychology, 72, 855–862.

Vosoughi R. (2010). Freedman MS. Therapy of MS. J Neurol neurosurg; 112, 365-85.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره۳، شماره ۷، پاییز۱۳۹۸

Comparative study of the effectiveness of two methods of resilience and group consciousness on the promotion of hope and happiness in multiple sclerosis patients

Zeinab Del Zendeh Nejad, Tahmoures Aghajani Hashtjin, Emad Yousefi

Abstract

The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of two methods of resilience and group consciousness on the promotion of hope and happiness in multiple sclerosis patients. Semi-experimental design was a pretest-posttest with control group. The population of the study consisted of all statistical population including all patients with multiple sclerosis in Bandar Abbas city. The number of them was 124. The sample size was reduced to 60 according to input criteria and based on the Morgan table, a sample of 45 people was targeted Were selected and divided into three groups of 15 people randomly divided and evaluated. The first experimental group received mindfulness intervention and the second group received a rescue intervention group and the control group received no intervention. To collect the data, Schneider et al. (1991) Hope Questionnaires (1991) and Haggai Argyle and Lev (1989) were used in two stages of pre-test and post-test. In order to analyze the data, multivariate covariance test was used. The results of research hypothesis analysis by multivariate analysis of covariance showed that there is a significant difference between the effectiveness of resilience therapy and group consciousness on the promotion of hope and happiness in patients with multiple sclerosis ($P < 0.01$). Resilience and group consciousness therapy were also effective in promoting the hope and happiness of multiple sclerosis patients ($P < 0.01$). The results of the study indicate the effects of positive interventions on hope and happiness of multiple sclerosis patients.

Keywords: Resiliency Education, Group A Mindfulness Training, Hope, Happiness, Multiple Sclerosis Patients

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]