Journal of Nurse and Physician within War/Autumn 2021/ Ninth Year

ISSN: 2645-3940 DOI: 10.29252/npwjm.9.32.100

Comparison of the effectiveness of based on acceptance and commitment therapy and psycho-motor relaxation using Dohsa-Hou on signs of improvement in physical health and psychological well-being in MS patients

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to Comparison of the Effectiveness of Based on Acceptance and Commitment Therapy and Psycho-motor relaxation using Dohsa-Hou on Signs of improvement in physical health and psychological well-being in MS patients in Tehran city in 1396.

Methods: The research method is semi-experimental and for data collection, a pre-test and post-test design with two experimental groups and one control group and follow up was used. The statistical population of the study was all patients in my community. In Tehran 45 of them were selected by the available sampling method and randomly assigned to two experimental groups (each group was 15) and one control group (15). The experimental group received acceptance and commitment therapy for 8 sessions of 60 minutes and the Psycho-motor relaxation using Dohsa-Hou group was trained in 11 sessions of 45 minutes, and the control group remained on the list. The instruments used in this study were Physical Health Wickeri et al (1995) and (1995) and Reef Psychological Well-being (1989), which were used in two stages of pre-test and post-test. Data analysis was performed using descriptive and inferential (covariance analysis) questionnaires using spss22 software.

Results: The findings showed that both of the interventions used in this study can significantly improve physical health and psychological well-being in patients with MS. ($p<0.05$), with the difference that acceptance and commitment interventions had a greater impact on physical health and psychological well-being. In addition, there was no significant difference in the post-test-follow-up stage ($p<0.05$), which indicates the sustainability of interventional changes.

Conclusion: Based on the results of this study, treatment based on Acceptance and Commitment and Psycho-motor relaxation using Dohsa-Hou, effective interventions to increase physical health and mental well-being of patients. But the effect of treatment was more Acceptance and Commitment Therapy.

Keywords: Acceptance and commitment, Psycho-motor relaxation Dohsa-Hou, Physical health, Psychological well-being, MS

Article Info

Authors:

Hasan Rezaei Jamaloei [1]

Behzad Shoghi [2]

Ashraf Babakhanlou [3*]

Affiliations

1- Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

2- PhD Student in Psychology, Department of Educational Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran.

*3- PhD in Health Psychology, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

E-mail: s.babakhanloowisdom@gmail.com

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.100]

فصلنامه پرستار و پزشک در رزم/ پاییز ۱۴۰۰ / سال نهم

سخن آغازین DOI: 10.29252/npwjm.9.32.100 ISSN: 2645-3940

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آرام‌سازی روانی–حرکتی به شیوه دوسا بر علائم بهبودی سلامت جسمانی و بهزیستی روانی در بیماران مبتلا به ام. اس

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آرام‌سازی روانی حرکتی به شیوه دوسا بر علائم بهبودی سلامت جسمانی و بهزیستی روانی در بیماران مبتلا به ام. اس شهر تهران در سال ۱۳۹۶ انجام شد.

روش‌کار: روش تحقیق حاضر نیمه آزمایشی است و برای جمع‌آوری داده‌ها از طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل و پیگیری استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران عضو جامعه ام. اس شهر تهران تشکیل دادند که از بین آن‌ها، ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و گروه آزمایش آرام‌سازی روانی حرکتی به شیوه دوسا نیز ۱۱ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای تحت آموزش قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار ماندند. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل سلامت جسمانی ویکری و همکاران (۱۹۹۵) و بهزیستی روانی ریف (۱۹۸۹) بودند که در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد استفاده قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل اطلاعات به‌دست‌آمده از اجرای پرسشنامه از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که هر دو مداخله به کار رفته در این پژوهش می‌توانند به‌طور معناداری سلامت جسمانی و بهزیستی روانی، را در بیماران مبتلا به ام. اس بهبود بخشند ($p<۰/۰۵$)، با این تفاوت که مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد دارای تأثیر بیشتری بر سلامت جسمانی و بهزیستی روانی بود. به علاوه درمرحله پس آزمون–پیگیری تفاوت معنی دار مشاهده نشد ($p>۰/۰۵$) که بیانگر پایداری تغییرات مداخله است.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این پژوهش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آرام سازی به روش دوسا، مداخلات موثری در افزایش سلامت جسمانی و بهزیستی روانی بیماران ام. اس دارند اما تاثیر درمان پذیرش و تعهد بیشتر بود.

کلیدواژگان: پذیرش و تعهد، آرام‌سازی روانی حرکتی دوسا، سلامت جسمانی، بهزیستی روانی، ام. اس

اطلاعات مقاله

حسن رضایی جمالویی [۱]
بهزاد شوقی [۲]
اشرف باباخانلو [۳*]

وابستگی سازمانی نویسندگان

۱- استادیار گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

۲- دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی تربیتی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران.

۳*- دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

پست الکترونیک: s.babakhanloowisdom@gmail.com

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.100]

مقدمه

ام اس یک بیماری التهابی، مزمن و خودایمن است که با از بین رفتن غلاف میلین دستگاه عصبی مرکزی همراه است (۱). علامت این بیماری ترکیبی از عوامل ژنتیکی و محیطی است (۲). معمولا اولین تظاهرات این بیماری در سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی با علائمی چون اضطراب، ضعف، اختلال در تعادل، اختلال بینایی و افسردگی بروز می‌یابد (۳). فصل تولد در آن تاثیرگذار است به‌گونه‌ای که بیشترین آمار مربوط به متولدین فصل بهار و کمترین مربوط به متولدین فصل پاییز می‌باشد (۴). اپیدمیولوژی ام.اس در دهه‌های اخیر تغییر نموده است تا آنجا که روزانه گزارشات متعددی مبنی بر افزایش میزان شیوع این بیماری در سراسر جهان منتشر می‌شود، طبق برآورد مطالعات انجام شده، در سراسر جهان ۲/۵ میلیون نفر از بیماری ام.اس رنج می‌برند (۵). انجمن ملی ام. اس در سال ۲۰۱۱ اعلام کرده است که بیشتر از ۱/۲ میلیون نفر در سراسر جهان به آن مبتلا هستند. کشور ما، ایران یکی از مناطق نسبتا شایع ام.اس است. میزان ابتلا به این بیماری در ایران، به‌رغم آمار کمتر گزارش شده در بین آسیایی‌ها (۵-۳ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر)، در حدود ۱۵ تا ۳۰ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر است. طبق گزارش انجمن ام.اس ایران در حدود ۴۰ هزار نفر بیمار در کشور وجود دارد که ۹۰۰۰ نفر آن‌ها ثبت شده‌اند، این رقم رو به افزایش است (۶). از جمله مشکلات رایج در بیماران مبتلا به ام.اس اختلال در تعادل و تحرک و نیز شکایت این بیماران از مشکلات خواب و خستگی می‌باشد که مطالعات مختلف نشان داده است، این مشکلات کاملا به هم مربوط بوده و بر هم تأثیرگذار است (۷). بیماری در ۱۰ درصد از افراد دارای سیر پیش‌رونده اولیه و بهبودی موقت، نادر است که زوال عملکردهای شناختی را به همراه دارد. در الگوی دیگر که کمتر متداول است (۵ درصد)، بیماری دارای عود پیش‌رونده می‌باشد و طی دوره‌های عود و وخامت بیماری، ناتوانی به‌طور مستمر ادامه می‌یابد (۸). در حملات تیپیک، نشانه‌های بیماری طی چند روز تا ۳-۲ هفته وخامت می‌یابد و سپس فروکش می‌کند. بهبودی حملات سریع است و در عرض چند هفته به وجود می‌آید؛ اگرچه ممکن است چند ماه طول بکشد. میزان بهبودی جسمانی در بین بیماران و حملات مختلف بیماری متفاوت است؛ به‌طوری که فروکش کردن بیماری ممکن است کامل باشد، ولی در بیشتر موارد به‌طور کامل فروکش نمی‌کند و به دنبال حملات بعدی نقص‌های دائمی بیشتری به وجود می‌آید (۹). برخی از محققان معتقد هستند که عود بیماری تاثیر بر روی پیشرفت ناتوانی ندارد (۱۰)، اما مطالعاتی نشان داده است که عود به عنوان یکی از عوامل خطر پیشرفت و گسترش ناتوانی بیمار محسوب می‌گردد (۱۱). این علائم نه تنها سلامت عمومی فرد را محدود می‌سازند، بلکه توانایی انجام فعالیت‌های حرکتی روزانه را تحت تاثیر قرار می‌دهند. نقش تعادل در استقلال فعالیت‌های روزمره زندگی حیاتی می‌باشد. اختلال در کنترل منجر به کاهش ثبات فرد می‌گردد و درنتیجه کاهش استقلال عملکردی، تشدید ناتوانی و هم‌چنین افزایش خطر افتادن می‌گردد (۱۲). همه موارد یاد شده یکی از مهم‌ترین عوامل تاثیرگذار بر بهزیستی روانی بیماران مبتلا به ام اس بوده و با بروز اختلالات روانی رابطه تنگاتنگ دارد و همان‌طور که مطالعات گذشته نشان داده‌اند، با افزایش شدت خستگی، کیفیت زندگی و بهزیستی روانی در این بیماران کاهش می‌یابد (۱۳). داشتن یک زندگی مطلوب، همواره آرزوی بشر بوده است، در ابتدا رفاه بیشتر و طول عمر بالاتر، در معنی کیفیت زندگی بهتر مطرح بود. کیفیت زندگی در نقطه مقابل کمیت، قرار می‌گیرد و منظور از آن سال‌هایی از عمر است که همراه با رضایت، شادمانی و لذت باشد (۱۴). بهزیستی روانی یکی از مولفه‌های کیفیت زندگی است، به چگونگی ارزیابی افراد از زندگی‌شان اشاره دارد و دارای دو جزء شناختی و عاطفی است. بعد شناختی، یعنی ارزیابی شناختی افراد از میزان رضایت از زندگی و بعد عاطفی، یعنی داشتن حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفه منفی (۱۵). امروزه پژوهشگران معتقدند که ایجاد بهزیستی روان‌شناختی و رضایت از زندگی، انسان‌ها را به سمت موفقیت بیشتر در زندگی، سلامت بهتر، ارتباط اجتماعی حمایت‌گرانه سالم‌تر و درنهایت سلامت روانی و جسمی بالاتر، رهنمون می‌سازد (۱۶).

بنابراین با توجه به این‌که بیماری ام اس اثرات همه جانبه‌ای در ابعاد مختلف زندگی فرد علی‌الخصوص مسائل مربوط به وضعیت روان‌شناختی برجای می‌گذارد، به نظر ضروری می‌رسد که با استفاده از مداخلات روانشناسی، برای بهبود وضعیت روانی این بیماران، اقدام شود. از جمله این مداخلات، می‌توان به درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و آرام سازی روانی حرکتی به روش دوسا اشاره کرد. پذیرش یک جایگزین مهم برای اجتناب بر اساس تجربه است که شامل پذیرش فعال و آگاهانه رویدادهای شخصی است که با تاریخچه‌ی فرد مرتبط می‌شوند و با عدم تلاش لازم برای کاهش فراوانی یا تغییر شکل آن رویدادها، مخصوصا زمانی که باعث آسیب‌های روان‌شناختی می‌شوند، مرتبط هستند. در فعالیت متعهدانه فرد تشویق می‌شود که نهایت فعالیت و تلاش خود را در جهت رسیدن به هدف به کار گیرد. درواقع در این نوع درمان هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه این‌که عملی صرفا جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.100]

تحمیل شود (۱۷). اخیرا پژوهش‌های روان‌شناسی به مطالعه پذیرش/تعهد و کاربردهای مهم آن در سازگاری، استرس، اضطراب، افسردگی، بهزیستی روانی-اجتماعی و کیفیت زندگی پرداخته‌اند (۱۸). مالینوفسکی، مور و مید (۱۹) در مطالعه‌ای نشان دادند که تمرینات مربوط به درمان پذیرش و تعهد باعث تحکیم توجه و راهبردهای مفید برای افت شناختی و بهبود تصویر بدنی در بیماران می‌شود. همچنین در مطالعه فرلیش و شچمن (۲۰) نشان داده شد که آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، نمرات پایین در اضطراب، کاهش پریشانی روان‌شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و حمایت اجتماعی را به دنبال دارد. بنابراین هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد یک زندگی غنی و پرمعنا در حالی است که فرد رنج ناگزیر موجود در آن را می‌پذیرد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (به معنی اقدام) مخفف جالبی است چون این درمان درباره انجام اقدام موثری است که به‌وسیله عمیق‌ترین ارزش‌های ما هدایت می‌شود آن‌هم درحالی‌که ما کاملا آماده و متعهد هستیم. تنها از طریق اقدام هشیارانه است که ما می‌توانیم یک زندگی پرمعنا بسازیم. البته همین‌که برای ساختن چنان زندگی تلاش خود را آغاز کردیم با انواع و اقسام موانع به شکل تجربه‌های درونی ناخواسته نامطلوب روبه‌رو خواهیم شد (۲۱).

تکنیک‌های دوساهو نیز می‌توانند با بهبود وضعیت تعادل و انگیزه و از طرفی با فعال ساختن فرآیند روان شناختی (تلاش و اراده) منجر به تغییر حالات غمگینی افراد شده و فرآیند ناکامی و احساس بدبینی را در این افراد تغییر دهند و در نتیجه عزت نفس افراد افزایش و به دنبال آن بهزیستی روانی نیز افزایش می‌یابد (۲۲). دوساهو با دنبال کردن فرآیند اراده، تلاش و حرکت، ذهن بیمار را فعال نموده و با این کار به عامل ذهن و بدن کمک می کند و با تاثیری که بر هر دو جنبه ذهن و بدن می‌گذارد، منجر به کاهش علائم خلقی منفی و داشتن دید مثبت فرد نسبت به خود و دیگران می‌شود (۲۳). شیرازی و خسروانی (۲۴) بیان داشتند که تکنیک‌های دوساهو به بیماران کمک می‌کند تا از طریق کسب احساس آرمیدگی، با احساس انگیختگی ناشی از اضطراب مقابله کنند و توجه به انجام حرکات نیز باعث مقابله بیماران با افکار تنش انگیز می‌شود. روش دوسا افراد را از نظر هیجانی ثبات می‌بخشد و باعث می‌شود که افراد خود را درک و هیجان‌های خود را تنظیم کنند که این باعث بهبود سلامت جسمانی و روانی در فرد می‌گردد. در واقع در تمرینات دوسا تماس بدنی و الگودهی موجب افزایش تمرکز، افزایش تماس چشمی، توجه و افزایش آگاهی فرد نسبت به بدن خود می‌گردد و چون در این روش انسان به عنوان صاحت بدن، فعالیت‌های خود را تحت کنترل قرار می‌دهد، بهزیستی روانی و اعتماد به نفس او افزایش می‌یابد. بنابراین انجام تمرینات دوسا می‌تواند باعث افزایش تمایل به برقراری ارتباط با همسالان، بیان احساسات، کنترل تکانه‌ها و در نتیجه افزایش بهزیستی روانشناختی گردد (۲۵). در همین رابطه نتایج مطالعه ریکی کوته، یزدخواستی و اعتمادی فر (۲۶) نشان داد که توانبخشی روانی دوساهو، بر کاهش میزان شدت خستگی، افسردگی، اضطراب، استرس و ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس تاثیر معنی داری دارد. نتایج پژوهش پورصدوقی و همکاران (۲۷)، نیز نشان داد که دوسا-هو باعث ارتقا کیفیت خواب بیماران مبتلا به فلج مغزی شده است.

مطالعات زیادی بر روی عوامل روان‌شناختی موثر بر این بیماری در سراسر جهان انجام شده است، اما به نظر می‌رسد در ایران تعداد این مطالعات چندان زیاد نیست. پژوهش حاضر در نظر دارد وضعیت برخی از این متغیرها را در بیماران ایرانی مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مطالعه کرده و با استفاده از آن‌ها میزان سازگاری در بیماران را پیش‌بینی نماید. با توجه به این‌که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، علاوه بر ناتوانی فیزیکی از عوامل روان‌شناختی و محیطی غیر مرتبط با بیماری، نیز تأثیر می‌پذیرد و در حال حاضر روش‌های درمانی غیر دارویی متعدد، از قبیل روش‌های مختلف روان‌درمانی، برای افزایش سازگاری وجود دارد و به این وسیله می‌توان به ارتقای بهزیستی روانی این افراد کمک کرد، توجه به این عوامل و اصلاح به‌موقع آن‌ها امری ضروری است که کارآمدی و استقلال افراد مبتلا را افزایش می‌دهد. در ضمن، هیچ‌یک از مطالعات بررسی‌شده، ترکیبی از عوامل شخصی و محیطی را در پیش‌بینی سازگاری افراد مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس بررسی نکرده‌اند و مشخص نیست سهم کدام دسته از این عوامل بیشتر است. بنابراین پژوهشگر به دنبال این مسئله است: آیا دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آرام سازی روانی حرکتی به روش دوسا بر علائم بهبودی سلامت جسمانی و بهزیستی روانی در بیماران مبتلا به ام. اس تفاوت دارند؟

روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به ام. اس در سال ۱۳۹۶ که در انجمن ام اس ایران در شهر تهران بودند، تشکیل دادند. تعداد کل بیماران دارای ام اس در کشور که در انجمن ام اس پرونده داشتند، طبق آمار ام اس ایران ۱۷۰۰۰ نفر بودند. واحدهای پژوهش در این پژوهش بر اساس معیارهای ورود و با توجه به مطالعات مشابه مداخله‌ای که در زمینه ام اس انجام گردیده است ۴۵ نفر برآورد گردید که برای هر گروه ۱۵ نفر بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه‌کننده به انجمن ام اس شهر تهران در سال

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.100]

۱۳۹۶ تعیین گردید.

ملاک‌های ورود و خروج پژوهش

معیارهای ورود به پژوهش

- محدوده سن ۲۰-۴۰ سال
- حداقل سابقه شش ماهه بیماری مولتیپل اسکلروزیس
- حداقل تحصیلات سوم راهنمایی
- توانایی جسمانی و روانی کافی برای نوشتن
- مبتلا به نوع متوسط مولتیپل اسکلروزیس از لحاظ شدت ناتوانی و علایم بیماری
- گرفتن دو نمره انحراف معیار پایین‌تر از میانگین در پرسشنامه‌های سلامت جسمانی و بهزیستی روانی
- داشتن بصیرت کافی و توانایی لازم برای همکاری در مطالعه

معیارهای خروج از پژوهش

- غیبت بیش از دو جلسه
- عود بیماری و شدید شدن شدت ناتوانی از حالت ناتوانی متوسط به ناتوانی شدید بود.

شیوه اجرا

در این پژوهش بیماران با توجه به معیارهای ورود به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، بدین طریق که محقق به مدت یک هفته در انجمن ام اس حضور یافت و با بیماران مراجعه‌کننده مذاکره و در صورت تمایل آن‌ها، در گام بعدی معیارهای ورود به پژوهش را در بیمار مورد بررسی قرار می‌داد بدین طریق که مراجعه‌کنندگانی که تمایل به ورود پژوهش را داشتند از نظر معیارهای ورود مورد بررسی قرار می‌گرفتند و در صورت واجد شرایط بودن وارد پژوهش می‌گردیدند، و سپس به‌صورت تخصیص تصادفی با استفاده از قرعه‌کشی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار می‌گرفتند، پس از انتخاب ۴۵ نفر به شکل فوق نمونه‌گیری متوقف گردید. شایان ذکر است در این پژوهش ناتوانی جسمانی بین یک تا چهار با ناتوانی خفیف تا متوسط، مورد نظر بود که بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت مقیاس ناتوانی جسمانی توسعه‌یافته‌ی «کروتزکه» یا EDSS نمره یک تا چهار نشان دهنده ناتوانی جسمانی، اما استقلال فرد در انجام تحرک و فعالیت‌های روزانه است. بنابراین قبل از هر اقدامی سلامت جسمانی آن‌ها توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب تائید و معیار ناتوانی EDSS آنان توسط پزشک مربوطه تعیین گردید. گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل ۱۵ نفر بودند که به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و گروه آزمایش آرام سازی روانی حرکتی به روش دوسا نیز شامل ۱۵ نفر که به مدت ۱۱ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای آموزش دیدند و گروه کنترل (۱۵ نفر) نیز در لیست انتظار باقی ماندند. یک هفته پس از اتمام آموزش در گروه آزمایش، پرسشنامه مذکور مجددا روی هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید.

ابزارهای پژوهش

برنامه‌های درمان شامل اهداف زیر بودند: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: ۱) آشنایی گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، بررسی بیماری ام اس در هر یک از افراد گروه اعم از مدت بیماری و اقدامات انجام شده؛ سنجش کلی و سنجش شیوه های کنترلی و ایجاد درماندگی خلاق و پاسخ به پرسشنامه‌ها. ۲) بررسی دنیای درونی و بیرون در درمان پذیرش و تعهد؛ ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد تغییر و تفهیم این موضوع که کنترل مساله است نه راه حل و معرفی جایگزینی برای کنترل، یعنی تمایل. ۳) شناسایی ارزش‌های افراد، تصریح ارزش‌ها، تصریح اهداف، تصریح اعمال و تصریح موانع. ۴) بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی. ۵) تفهیم آمیختگی و گسلش و انجام تمارینی برای گسلش. ۶) تفهیم آمیختگی به خود مفهوم سازی شده و آموزش چگونگی گسلش از آن. ۷) ذهن آگاهی و تاکید برای در زمان حال بودن. ۸) بررسی داستان زندگی و عمل متعهدانه. آرام سازی روانی-حرکتی به روش دوسا: ۱) آرمیدگی (آرام‌کردن بدن و ذهن): این عمل از طریق تکنیک‌های متفاوتی مانند: Kukan-no-hineri و Se-so-ra-se انجام می‌گیرد که این تکنیک‌ها مراحل دیگر درمان هستند؛ ۲) حرکت بازوها، دست‌ها و پاها: این مرحله به مددجو کمک می‌کند تا حرکت‌های اساسی بازوها، دست‌ها و پاها را با استفاده از تکنیک‌های متفاوتی از جمله Oda-age انجام دهد؛ ۳) روش تاته: تاته به‌معنای قراردادن بدن بر روی یک خط مستقیم و عمود است. در این شرایط از طریق اصلاح محور عمودی بدن، بخش‌های مختلف بدن را در یک خط مستقیم و عمود بر زمین قرار می‌دهند. تکنیک‌های اصلی در روش دوساهو شامل: درمان در حالت‌های نشسته چهار زانو، ایستاده روی دو زانو، ایستاده روی یک زانو، ایستاده و درمان در حالت راه‌رفتن می‌باشد (۲۸).

شاخص میزان ناتوانی یا (EDSS): شاخص میزان ناتوانی شاخصی برای تعیین کمیت ناتوانی در ام اس می‌باشد و ناتوانی را در ۸ سیستم عملکردی بدن شامل ناحیه هرمی، مخچه، ساقه مغز، حسی، روده و مثانه، بینایی و مغز را اندازه‌گیری می‌کند. درنهایت نمره فرد در دامنه صفر (بررسی عصب‌شناختی طبیعی) تا ۱۰ (مرگ به علت ام اس) قرار می‌گیرد (۲۹). این مقیاس توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب تعیین و بر اساس معیار طبقه‌بندی جونز به سه‌طبقه خفیف (۰-۳)، متوسط (۳/۵-۶/۵) و

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.100]

شـدید (۷ و بیشـتر) طبقه‌بنـدی می‌شـود (۳۰).
بهزیسـتی روانـی: بهزیسـتی روان‌شـناختی ریف-فـرم کوتـاه (RSP-WB) (Ryff's Scales of Psychological Well-be-ing): ایـن مقیـاس توسـط ریـف در فـرم اصلـی ۱۲۰ سـوالی طراحـی شـده اسـت کـه دارای ۶ زیرمقیـاس خودمختـاری، تسـلط بـر محیـط، رشـد شـخصی، رابطـه مثبـت بـا دیگـران، زندگـی هدفمنـد و خودپذیرندگـی می‌باشـد. پاسـخ بـه هـر سـوال بـر اسـاس طیفـی از کامـلا مخالـف (نمـره ۱) تـا کامـلا موافـق (نمـره ۶) مشـخص می‌شـود. نمره‌ی بالاتـر بیانگـر سـطح بـالای بهزیسـتی روان‌شـناختی اسـت. لازم بـه ذکـر اسـت کـه در پژوهش‌هـای بعـدی فرم‌هـای ۸۴، ۵۴ و ۱۸ سـؤالی ایـن مقیـاس نیـز ارائـه گردیـد. در ایـن پژوهـش فـرم کوتـاه ۱۸ سـوالی کـه توسـط ریـف و کیـز خلاصـه شـد، مـورد اسـتفاده قـرار گرفتـه اسـت. ریـف و کیـز گـزارش کردنـد همبسـتگی زیرمقیاس‌هـای فـرم ۱۸ سـوالی بـا فـرم ۱۲۰ سـوالی بیـن ۷۰٪ تـا ۸۹٪ اسـت (۳۱). پژوهـش بیانـی، کوچکـی و بیانـی (بـه نقـل از ۳۱)، نشـان دهنـده‌ی روایـی و اعتبـار قابل‌قبـول نسـخه ۸۴ سـوالی فارسـی اسـت. در پژوهـش آن‌هـا پایایـی درونـی مقیـاس بـا روش آلفـای کرونبـاخ برابـر بـا ۸۲٪ و آلفـای زیرمقیاس‌هـای آن از ۷۰٪تـا ۷۸٪ بـوده اسـت. همبسـتگی مثبـت آن بـا مقیـاس رضایـت از زندگـی، پرسشـنامه شـادی آکسـفورد و پرسشـنامه حرمـت خـود روزنبـرگ حاکـی از روایـی همگـرای آن اسـت. در بررسـی دیگـری ضرایـب آلفـای کرونبـاخ بـرای هـر کـدام از زیرمقیـاس هـای ایـن فـرم بـه ترتیـب ۶۰٪، ۷۷٪، ۷۳٪، ۷۴٪، ۷۵٪ و ۷۸٪ بـه دسـت آمـد (۳۱). عـلاوه بـر ایـن، سـفیدی و فـرزاد (۳۲) در رواسـازی فـرم ۱۸ سـوالی مقیـاس بهزیسـتی روان‌شـناختی ریـف بـر روی دانشـجویان دانشـگاه علـوم پزشـکی قزویـن، همسـانی درونـی بـرای کل آزمـون و زیرمقیاس‌هـا را بیـن ۶۵۸٪ تـا ۷۵٪ گـزارش کردنـد.
تجزیه‌وتحلیـل اطلاعـات به‌دسـت‌آمده از اجـرای پرسشـنامه‌ها از طریـق نرم‌افـزار SPSS نسـخه ۲۲ در دو بخـش توصیفـی و اسـتنباطی (تحلیـل کوواریانـس) انجـام پذیرفـت.

یافته‌ها

جهـت بررسـی نقـش درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد و آرام‌سـازی روانی-حرکتـی بـه شـیوه دوسـا بـر شـاخص‌های سـلامت جسـمانی و بهزیسـتی روانـی از آزمـون تحلیـل کوواریانـس اسـتفاده شـد.
نتایـج جـدول شـماره ۱ نشـان می‌دهـد، اثـرات اصلـی درون آزمودنـی و گـروه معنـادار می‌باشـد. بـا توجـه بـه ضریـب F محاسـبه شـده، مشـاهده می‌شـود کـه بیـن میانگین‌هـای سـلامت جسـمانی در سـه مرحلـه اندازه‌گیـری تفـاوت معنـاداری مشـاهده می‌شـود ($p<۰.۰۵$). همچنیـن بیـن میانگین‌هـای سـلامت جسـمانی شـرکت‌کنندگان برحسـب عضویـت گروهـی «دو گـروه آزمایـش و گـروه کنتـرل» تفـاوت معنـاداری مشـاهده می‌شـود ($p<۰.۰۵$). بنابرایـن نتیجـه گرفتـه می‌شـود کـه فـرض صفـر رد شـده و مداخـلات مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد و آرام سـازی روانـی حرکتـی بـه شـیوه دوسـا در شـرکت‌کنندگان گروه‌هـای آزمایشـی بـه نسـبت گـروه کنتـرل تاثیـر بیشـتری بـر ارتقـاء سـلامت جسـمانی داشـته اسـت. به‌منظـور آزمـون تفـاوت دوبـه‌دوی مراحـل اندازه‌گیـری و تفاوت‌هـای دوبـه‌دوی گروه‌هـا از آزمـون تعقیبـی بنفرونـی اسـتفاده شـد.
همان‌گونـه کـه در جـدول شـماره ۲ مشـاهده می‌شـود، تفـاوت دوبـه‌دو بیـن گروه‌هـای مـورد مطالعـه معنـادار بـوده اسـت. بـه ایـن ترتیـب و بـا توجـه بـه میانگین‌هـا می‌تـوان گفـت تفـاوت بیـن گـروه درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد و آرام سـازی روانـی حرکتی دوسـا بـا گـروه کنتـرل معنـادار بـوده اسـت. همچنیـن درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد نسـبت بـه آرام سـازی روانـی حرکتـی بـه روش دوسـا به‌طـور معنـاداری باعـث افزایـش بیشـتر سـلامت جسـمانی شـده اسـت. همچنیـن بـر اسـاس نتایـج مقایسـه‌های درون‌گروهـی بایـد گفـت بیـن مراحـل پیش‌آزمون-پس‌آزمـون و پیش‌آزمـون-پیگیـری در سـطح ۰/۰۵ تفـاوت معنـی‌دار می‌باشـد. امـا، تفـاوت بیـن مراحـل پس‌آزمون-پیگیـری در سـطح ۰/۰۵ معنـی‌دار نمی‌باشـد کـه بیانگـر مانـدگاری اثـر درمـان در مرحلـه‌ی پیگیـری می‌باشـد.
نتایـج جـدول شـماره ۳ نشـان می‌دهـد، یـک اثـر معنـی‌دار بـرای

جدول شماره ۱- آزمون تحلیل کوواریانس مختلط نمرات سلامت جسمانی با معیار گرین هاوس گیزر

	شاخص آماری عوامل	SS	df	MS	F	sig	ضریب ایتا
درون‌گروهی	آزمون(تکرار اندازه‌گیری)	۸/۲۸	۱/۶۲	۵/۰۹	۹/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۱۸
	خطا	۳۸/۱۳	۶۸/۳۱	۰/۵۶			
بین گروهی	گروه	۹۳/۹۷	۲	۴۶/۹۸	۸/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۳۰
	خطا	۲۲۲/۶۶	۴۲	۵/۳۰			

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.100]

جدول شماره ۲- نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین‌های نمرات سلامت جسمانی در سه مرحله اندازه‌گیری و سه گروه

اثر مورد مقایسه	مراحل/ گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی‌داری
بین گروهی	پذیرش و تعهد - کنترل	۲/۰۲	۰/۰۰۱
	پذیرش و تعهد - آرام سازی روانی حرکتی دوسا	۱/۲۷	۰/۰۴
	آرام سازی روانی حرکتی دوسا – کنترل	۱/۷۵	۰/۰۱
درون‌گروهی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۰/۵۶	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون – پیگیری	۰/۴۸	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۰۷	۰/۹۸

جدول شماره ۳- آزمون تحلیل واریانس چند متغیری مولفه‌های بهزیستی روانی

شاخص آماری اثر	آزمون	ارزش	F	dfفرضیه	dfخطا	sig	ضریب ایتا
بین گروهی	لامبدای ویلکز	۰/۲۹	۵/۱۸	۱۲	۷۴	۰/۰۰۱	۰/۴۵
درون‌گروهی	لامبدای ویلکز	۰/۰۸	۲۹/۹۴	۱۲	۳۱	۰/۰۰۱	۰/۸۲

عامل گروه «متغیر مستقل» و یک اثر معنادار برای اثر تکرار اندازه‌گیری وجود دارد. این اثرات نشان می‌دهد که حداقل بین یکی از مولفه‌های بهزیستی روانی بیماران گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، آرام سازی روانی حرکتی به روش دوسا و گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد ($p<0.05$).

نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد، اثرات اصلی گروه و همچنین اثر درون آزمودنی در متغیرهای تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی، ارتباط مثبت با دیگران و پذیرش معنادار می‌باشد. با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی،

جدول شماره ۴- ازمون تحلیل واریانس مختلط نمرات بهزیستی روانی با معیار گرین هاووس گیزر

متغیر	منبع تغییر	شاخص آماری عوامل	SS	df	MS	F	Sig	ضریب ایتا
استقلال	بین گروهی	گروه	۲۴/۰۵	۲	۱۲/۰۲	۳/۱۲	۰/۰۹	۰/۲۱
	درون‌گروهی	تکرار اندازه‌گیری	۲۰/۰۱	۱/۰۲	۱۹/۶۵	۳/۷۵	۰/۰۶	۰/۰۸
تسلط بر محیط	بین گروهی	گروه	۳۴/۸۴	۲	۱۷/۴۲	۴/۱۸	۰/۰۲۲	۰/۱۷
	درون‌گروهی	تکرار اندازه‌گیری	۷۶/۸۰	۱/۸۷	۴۰/۹۷	۴۴/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۵۱
رشد شخصی	بین گروهی	گروه	۴۵/۲۱	۲	۲۲/۶۱	۳/۰۸	۰/۰۵۶	۰/۱۳
	درون‌گروهی	تکرار اندازه‌گیری	۴۱/۱۷	۱/۲۱	۳۴/۰۴	۶/۱۶	۰/۰۱۲	۰/۱۳
هدفمندی در زندگی	بین گروهی	گروه	۱۱۴/۴۴	۲	۵۷/۲۲	۴/۶۲	۰/۰۱۵	۰/۱۸
	درون‌گروهی	تکرار اندازه‌گیری	۴۶/۸۰	۱/۳۷	۳۴/۰۳	۵/۸۸	۰/۰۱۱	۰/۱۲
ارتباط مثبت با دیگران	بین گروهی	گروه	۳۴۲/۵۰	۲	۱۷۱/۲۵	۱۳/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۳۹
	درون‌گروهی	تکرار اندازه‌گیری	۳۰۳/۵۷	۱/۵۶	۲۰۹/۲۵	۵۷/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۵۷
پذیرش	بین گروهی	گروه	۴۴۰/۱۷	۲	۲۲۰/۰۸	۱۴/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۴۲
	درون‌گروهی	تکرار اندازه‌گیری	۴۳۳/۳۷	۱/۹۷	۲۲۰/۰۴	۳۹/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.100]

جدول شماره ۵- نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین‌های مؤلفه‌های معنادار شده در سه مرحله اندازه‌گیری و سه گروه مورد مقایسه

متغیر	مقایسه	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی‌داری
تسلط بر محیط	بین گروهی	پذیرش و تعهد – کنترل	۳/۲۴	۰/۰۰۵
		پذیرش و تعهد– آرام سازی روانی حرکتی دوسا	۱/۲۰	۰/۶۷
		آرام سازی روانی حرکتی دوسا - کنترل	۲/۰۴	۰/۰۱۲
هدفمندی در زندگی	بین گروهی	پذیرش و تعهد - کنترل	۲/۲۲	۰/۰۱
		پذیرش و تعهد - آرام سازی روانی حرکتی دوسا	۰/۷۸	۰/۹۰
		آرام سازی روانی حرکتی دوسا - کنترل	۱/۴۴	۰/۰۴
ارتباط مثبت با دیگران	بین گروهی	پذیرش و تعهد - کنترل	۳/۷۷	۰/۰۰۱
		پذیرش و تعهد - آرام سازی روانی حرکتی دوسا	۲/۷۳	۰/۰۰۲
		آرام سازی روانی حرکتی دوسا - کنترل	۲/۰۴	۰/۰۱۲
پذیرش	بین گروهی	پذیرش و تعهد - کنترل	۴/۳۵	۰/۰۰۱
		پذیرش و تعهد - آرام سازی روانی حرکتی دوسا	۱/۵۱	۰/۰۳
		آرام سازی روانی حرکتی دوسا - کنترل	۲/۸۴	۰/۰۰۳
تسلط بر محیط	درون‌گروهی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱/۶۰	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون - پیگیری	۱/۶۱	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون - پیگیری	۰/۰۱	۰/۹۹
هدفمندی در زندگی	درون‌گروهی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱/۰۰	۰/۰۴
		پیش‌آزمون - پیگیری	۱/۴۰	۰/۰۳
		پس‌آزمون - پیگیری	۰/۴۰	۰/۳۳
ارتباط مثبت با دیگران	درون‌گروهی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۲/۸۶	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون - پیگیری	۳/۴۲	۰/۰۰۰۱
		پس‌آزمون - پیگیری	۰/۵۶	۰/۰۸
پذیرش	درون‌گروهی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۳/۸۴	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون - پیگیری	۳/۷۵	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون - پیگیری	۰/۰۹	۰/۴۶

ارتباط مثبت با دیگران و پذیرش در سه مرحله اندازه‌گیری تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($p<0.05$). همچنین بین میانگین‌های تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی، ارتباط مثبت با دیگران و پذیرش شرکت‌کنندگان برحسب عضویت گروهی «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل» تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($p<0.05$). بنابراین با توجه به میانگین‌های مشاهده شده نتیجه گرفته می‌شود که فرض صفر رد شده و شرکت در گروه‌های آزمایشی به نسبت گروه کنترل تاثیر بیشتری بر افزایش تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی، ارتباط مثبت با دیگران و پذیرش در بیماران مبتلا به ام. اس داشته است.

با توجه اینکه در اثر بین گروهی، سه گروه مقایسه شدند، و در اثر درون‌گروهی سه مرحله اندازه‌گیری مقایسه شد در جدول شماره ۴ به‌منظور مقایسه دوبه‌دوی مراحل اندازه‌گیری و گروه‌ها در متغیرهای تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی، ارتباط مثبت با دیگران و پذیرش ، از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد.

همان‌گونه که در جدول شماره ۵ ملاحظه می‌شود، تفاوت بین گروهی در بین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل معنادار می‌باشد. همچنین تفاوت بین دو گروه آزمایش پذیرش و تعهد–

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.100]

آرام سازی روانی حرکتی دوسا در متغیرهای ارتباط مثبت با دیگران و پذیرش معنادار است. بر اساس میانگین‌ها می‌توان گفت اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در این متغیرها بیشتر بوده است. همچنین نتیجه‌ی مقایسه‌های دوبه‌دوی درون‌گروهی نشان می‌دهد مراحل پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیش‌آزمون-پیگیری تفاوت در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد. اما، تفاوت بین مراحل پس‌آزمون-پیگیری در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نمی‌باشد که بیانگر ماندگاری اثر درمان در هر دو گروه در مرحله‌ی پیگیری می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آرام‌سازی روانی-حرکتی به شیوه دوسا بر علائم بهبودی سلامت جسمانی و بهزیستی روانی در بیماران مبتلا به ام. اس انجام شد. نتایج نشان داد میانگین سلامت جسمانی گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آرامسازی روانی حرکتی به شیوه دوسا در بیماران مبتلا به ام. اس در مرحله پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون افزایش نشان می‌دهد. بنابراین می‌توان به این توصیف دست زد که درمان پذیرش و تعهد و آرام سازی روانی حرکتی به شیوه دوسا نسبت به گروه کنترل باعث افزایش سلامت جسمانی بیماران مبتلا به ام. اس شده است. همچنین به نظر می‌رسد افزایش در گروه درمان پذیرش و تعهد بیشتر از گروه آرام‌سازی روانی حرکتی به شیوه دوسا بوده است. نتایج پژوهش حاضر با یافتههای دویسون و همکاران (۳۳)، اسکات و همکاران (۳۴) و والسر و همکاران (۳۵) مبنی بر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سلامت جسمانی و روانی بیماران ام اس، همسو می‌باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد کمک میکند تا افراد تجربه‌های درونی خود را به عنوان یک فکر تجربه کنند و به جای پاسخ به آن‌ها به ارزشهای زندگی و اموری که برایشان بااهمیت است، بپردازند. درمان پذیرش و تعهد از طریق افزایش ذهن‌آگاهی به افراد کمک میکند تا توجه کامل خود را به موقعیت‌های موجود بسپارند، بدون این که قضاوتی داشته باشند. زیرا یکی از دلایلی که بر سلامت روان بیماران مبتلا به ام. اس تاثیر منفی می‌گذارد، احساساتی مثل گناه و تقصیر و ناکامی است (۳۶). بکارگیری رویکرد پذیرش و تعهد به علت سازوکاری نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون قضاوت، رویارویی و رهاسازی در تلفیق با فنون رفتار درمانی شناختی سنتی می‌تواند ضمن کاهش علائم روانی اثربخشی را افزایش می‌دهند و موجب افزایش بهبود سلامت جسمانی در بیماران مبتلا به ام. اس می‌گردد.

آن‌ها با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، در رویارویی با رویدادهای استرسزا با خوشبینی و اعتماد به نفس برخورد می‌کنند، رویدادها را قابل کنترل می‌بینند و به طور کلی سیستم پردازش اطلاعات خود را به شیوه موثرتری به کار میاندازند. در واقع درمانگران به جای تمرکز بر تغییر شکل محتوی، به مراجع در پذیرش و داشتن تمایل به تجربه نمودن افکار و احساسات کمک نموده و با استفاده از فنون ذهن‌آگاهی بر اصلاح توجه و آگاهی مراجعین تاکید می‌ورزند این رویکرد، یک درمان رفتاری است که از مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطافپذیری روانشناختی استفاده می‌کند. درمان پذیرش و تعهد افزایش توانایی بیماران برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و بر اساس آنچه در آن لحظه برای آن‌ها امکانپذیر است، ناشی می‌شود (۱۷). در این درمان تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه فنون گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزشها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزشها، همگی منجر به افزایش سلامت جسمانی بیماران ام. اس شد. همچنین، هدف از تاکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی این بود که به آن‌ها کمک شود تا افکار آزاردهندهشان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی‌شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزشهایشان است بپردازند. در اینجا با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، بیماران مبتلا به ام. اس توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند. در واقع به آن‌ها آموزش داده شد که در درمان پذیرش و تعهد چگونه فرایندهای مرکزی بازداری فکر را رها کنند، از افکار آزار دهنده رهایی یابند؛ به جای خود مفهوم‌سازی شده، خود مشاهده گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرند، ارزشهایشان را تصریح کنند و به آن‌ها بپردازند. همچنین، در این درمان افراد یاد می‌گیرید که احساساتشان را بپذیرند تا این که از آن‌ها فاصله بگیرند و به افکار و فرایند تفکرشان به وسیله ذهن‌آگاهی بیشتر پرداخته و آن‌ها را در جهت فعالیت‌های هدف محور پیوند دهند. به طور خلاصه درمان پذیرش و تعهد تلاش می‌کند تا به افراد یاد دهد که افکار و احساساتشان را تجربه کنند؛ به جای این که تلاش کنند آن‌ها را متوقف سازند، از افراد خواسته می‌شود که در جهت اهداف و ارزشهایشان کار کنند و افکار و احساسات خود را تجربه کنند. بنابراین درمان گروهی به سهولت این امکان را فراهم می‌سازد که تعدادی از این افراد در یک مکان جمع شده، با یکدیگر رابطه برقرار کنند و راجع به مشکلات مشابه خود به گفتگو بنشینند. از بین رفتن این احساس انحصار نه تنها باعث آرامش و راحتی افراد

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.100]

می‌شود بلکه به توسعه روابط آن‌ها در خارج از محیط درمانی کمک میکند ضمن این که اعضای گروه در جریان تعامل، به یکدیگر کمک می‌کنند، یعنی در جریان درمان از یکدیگر حمایت می‌کنند، به هم اطمینان می‌دهند، پیشنهاد می‌کنند و بینش می‌دهند به همین دلیل اغلب بیماران مبتلا به ام. اس در اثر گوش کردن به سایر افراد گروه، با مشاهده آن‌ها به شاخص‌هایی می‌رسند که از درمانگر نمی‌گیرید. در مجموع به نظر میرسد کاربرد این روش به لحاظ بالینی سودمند و اثربخش و از لحاظ اقتصادی مقرون به صرفه و قابل توصیه است (۳۷). همچنین نتایج نشان داد که میانگین مولفه‌های بهزیستی روانی گروه درمان پذیرش و تعهد و آرام سازی روانی حرکتی به شیوه دوسا در بیماران مبتلا به ام. اس در مرحله پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون افزایش نشان می‌دهد. بنابراین می‌توان به این توصیف دست زد که درمان پذیرش و تعهد و آرام سازی روانی حرکتی به شیوه دوسا نسبت به گروه کنترل باعث افزایش مولفه‌های بهزیستی روانی بیماران مبتلا به ام. اس شده است. همچنین به نظر می‌رسد افزایش در گروه درمان پذیرش و تعهد بیشتر از گروه درمان آرام سازی روانی حرکتی به شیوه دوسا بوده است. نتایج پژوهش با یافته های صفری موسوی (۳۸)، مبنی بر آموزش درمان پذیرش و تعهد باعث افزایش کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به ام اس شد. همچنین نتایج پژوهش حاجی محمدی (۳۹) نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش امیدواری و تاب آوری زنان مبتلا به ام اس شده است. همچنین نتایج پژوهش حاضر با یافته های جانسن و موریس (۴۰)، فرنج و همکاران (۴۱)، آنینزیاتا و همکاران (۴۲)، همسو می‌باشد. در تبیین نتایج بدست آمده می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد امکان میدهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونیشان، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف پذیرش و افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند بپردازند. تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است. به علاوه بر تقویت یک رابطه غیرقضاوتی و مشتاقانه با تجارب تاکید می‌شود، عدم قضاوت و انعطافپذیری می‌تواند در افزایش رضایتمندی و کاهش نشانه‌های بیماری مفید واقع گردد. در واقع فردی که در پاسخ‌های رفتاری، شناختی و هیجانی خود انعطاف داشته باشد با بهبود رضایت از بدن رو به رو می‌شود. درمان پذیرش و تعهد از طریق عواملی مانند پذیرش بدون قضاوت، بودن در لحظه حال، کنار آمدن با تجارب درونی بدون اجتناب، سرکوب و یا تلاش برای تغییر آن‌ها، بهبود تنظیم هیجان با مکانیسم‌هایی مانند آسیب پذیری برای هیجانات منفی بهبود میبخشد و بیماران مبتلا به ام. اس نیازمند راهبردهایی هستند تا بتوانند سازگاری و توان مقابله خود را حفظ کنند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به این بیماران کمک میکند تا خود را آسیب دیده و یا بدون امید احساس نکنند و زندگی برایشان دارای معنا و ارزش شود. به طور کلی، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلش و پذیرش و نیز بحثهای مفصل پیرامون ارزشها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها، منجر به افزایش بهزیستی روانی بیماران شد. در این درمان، هدف از تاکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی، کمک به افراد در راستای تجربه کردن افکار آزار دهندهشان صرفا به عنوان یک فکر و انجام امور مهم زندگیشان در راستای ارزشهایشان بود؛ در این درمان، با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، مراجعان توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حل به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنشها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند. در واقع در فرآیند این درمان، به بیماران آموزش داده شد که چگونه از افکار آزاردهنده رهایی یابند، به جای خود مفهومسازی شده، خود مشاهدهگر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به جای کنترل کردن بپذیرند، ارزشهایشان را تصریح کنند و به آن‌ها بپردازند (۴۳).

درصورتی‌که پژوهش روی شمار گسترده‌تری از بیماران و در شهرهای مختلف انجام پذیرد که یافته‌های آن قابل‌تعمیم به سایر بیماران باشد پیشنهاد می‌شود. روش‌های مداخله‌ای که برای بیماران ام اس امید به آینده و افزایش تحمل آن‌ها در مقابل نگاه و رفتار دیگران و ارتباط بیشتر با جامعه و اطرافیان را به دنبال داشته باشد می‌تواند پیشنهاد خوبی برای بررسی‌های بعدی باشد. با توجه به این که ۶۰-۷۰٪ بیماران ام اس جزء بیمارانی هستند که حملات مکرری را تجربه می‌کنند و از نوع بیماران عودکننده-بهبودپذیر هستند بهتر است مهارت‌هایی را به‌عنوان مداخله در پژوهش‌های دیگر به آن‌ها آموزش داد که بتوانند در آن شرایط بحرانی و پس از آن به کمک آن‌ها بیاید. بنابراین با توجه به نتایج این پژوهش، می‌توان آموزش درمان پذیرش و تعهد را بر سلامت جسمانی و بهزیستی روانی بیماران ام اس پیشنهاد داد. همچنین پیشنهاد می‌شود با توجه به تاثیر این آموزش در بهبود علایم روانشناختی بیماران از نتایج پژوهش‌های انجام شده در این زمینه به صورت عملی در مراکز مشاوره و مراکز درمانی استفاده شود، به طوری که به این مراکز، کارگاهها و دوره‌های آموزش درمان پذیرش و تعهد برای بیماران و درمانگران در نظر گرفته شود.

تضاد و منافع: هیچ گونه تضاد منافع از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

تشکر و قدردانی

بر خود لازم می دانیم از تمامی افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داشته باشیم

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.100]

منابع

1.Moses Rodriguez, M. Multiple Sclerosis Mechanisms of Disease and Strategies for Myelin and Axonal Repair. Multiple Sclerosis, An Issue of Neurologic Clinics, E-Book,2017, 36(1), 1-11.
2. Olival, G. S. D., Lima, B. M., Sumita, L. M., Serafim, V., Fink, M. C., Nali, L. H., ... & Penalva-de-Oliveira, A. C. Multiple sclerosis and herpesvirus interaction. Arquivos de neuro-psiquiatria, 2013, 71(9B), 727-730.
3. Lemus, H. N., Warrington, A. E., & Rodriguez, M. Multiple Sclerosis: Mechanisms of Disease and Strategies for Myelin and Axonal Repair. Neurologic clinics, 2018, 36(1), 1-11.
4. Becker, J., Callegaro, D., Lana-Peixoto, M. A., Ferreira, M. L. B., Melo, A., da Gama, P. D., ... & Matta, A. P. Season of birth as a risk factor for multiple sclerosis in Brazil. Journal of the neurological sciences, 2013, 329(1), 6-10.
5. Wang, C. X., & Greenberg, B. M. Pediatric Multiple Sclerosis: From Recognition to Practical Clinical Management. Neurologic clinics, 2018, 36(1), 135-149.
6. Abedini, G; Ghanbari Hashemabadi, B. A., & Talebian Sharif, J. (1395). The effectiveness of group therapy based on the hope approach on hope and depression in women with MS. Journal of Clinical Psychology, Year 8, Issue 2, pp: 1-11.
7. Veauthier, C., Gaede, G., Radbruch, H., Gottschalk, S., Wernecke, K. D., & Paul, F. (2013). Treatment of sleep disorders may improve fatigue in multiple sclerosis. Clinical neurology and neurosurgery, 115(9), 1826-1830.
8. Côté, I., Trojan, D. A., Kaminska, M., Cardoso, M., Benedetti, A., Weiss, D., ... & Kimoff, R. J. (2013). Impact of sleep disorder treatment on fatigue in multiple sclerosis. Multiple Sclerosis Journal, 19(4), 480-489.
9. Plow, M. A., Finlayson, M., & Rezac, M. (2011). A scoping review of self-management interventions for adults with multiple sclerosis. PM&R, 3(3), 251-262.
10. Goodin, D. S., Reder, A. T., Bermel, R. A., Cutter, G. R., Fox, R. J., John, G. R., ... & Racke, M. K. (2016). Relapses in multiple sclerosis: Relationship to disability. Multiple sclerosis and related disorders, 6, 10-20.
11. Oleen-Burkey, M., Castelli-Haley, J., Lage, M. J., & Johnson, K. P. (2012). Burden of a multiple sclerosis relapse. The Patient-Patient-Centered Outcomes Research, 5(1), 57-69.
12. Ilett, P., Lythgo, N., Martin, C., & Brock, K. (2015). Balance and gait in people with multiple sclerosis: a comparison with healthy controls and the immediate change after an intervention based on the Bobath concept. Physiotherapy Research International.
13. Veauthier, C., & Paul, F. (2014). Sleep disorders in multiple sclerosis and their relationship to fatigue. Sleep medicine, 15(1), 5-14.
14. Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. Annual review of psychology, 54(1), 403-425.
15. Lambert, M., & Naber, D. Current issues in schizophrenia: overview of patient acceptability, functioning capacity and quality of life. CNS drugs, 2004, 18(2), 5-17.
16. Aghabagheri, H; Mirzaeian, B; Mohammad Khani, P & Omrani, S. The effectiveness of mind-based cognitive therapy group (MBCT) on reducing depression in patients with multiple sclerosis (MS). Thought and Behavior (Applied Psychology), Volume 6, Number 23, pp:2012, 82-75. (Persian).
17. Forman EM, Herbert JD. New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear in w .o'donohue, je. fisher, (eds), cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice, 2nd ed. Hoboken , NJ: Wiley, 2008, 3(1), 263-265.
18. Twohig, M. P., & Levin, M. E. Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.100]

M. The effectiveness of Dohsa-hou psychological rehabilitation program on severity of fatigue, depression, anxiety, stress and improve the quality of life in subjects with multiple sclerosis (MS).2013 (Persian).
27.Poursadoughi, A; Dadkhah, A; Abbasi, S; Canaani, Z; Dehghanizadeh, S; Mazidi, M & Nazemian, E. The effectiveness of psychological rehabilitation (Dosa-Ho) on the sleep quality of boys 4 to 12 years old with cerebral palsy. Complementary Medicine Quarterly,2016, 11 (19), 1521-1511. (Persian).
28. Azari, A., Kazemi-Zahrani, H., & Khashouei, M. M. The Effectiveness of Dohsa Psycho-Motor Rehabilitation Method on Fatigue Severity, Sleep Quality, and Resilience Promotion of Patients with Multiple Sclerosis (MS). Global Journal of Health Science, 2016, 9(2), 201. (Persian).
29. Vickrey, B., Hays, R. D., Harooni, R., Myers, L. W., & Ellison, G. W. A health-related quality of life measure for multiple sclerosis. Quality of life research, 1995, 4(3), 187-206.
30. Sangalji, B; Salimi, Y; Dasturpour, M; Mansoori, T; Ashrafinia, F; Ismailzadeh, N & Asadi Lari, M. Relationship between disability and quality of life in patients with multiple sclerosis MS Society of Tehran. Journal of Health and Development, Second Year, No. 3, pp: 2013,203-213. (Persian).
31. Iranian Pehrabad, S; Mashhadi, A; Tabibi, Z and Modarres Gharavi, M. The effectiveness of group training based on attachment style on psychological well-being of non-clinical sample of students with insecure attachment style. Journal of Mental Health Principles, Volume 18, Number 2, pp: 2015, 15-109. (Persian).
32. Sefidi, F. A. T. E. M. E. H., & Farzad, V. Validated measure of Ryff psychological well-being among students of Qazvin University of Medical Sciences. Journal of Qazvin University of Medical Sciences, 2012. 16(1), 66-71(Persian).
33. Davison, T. E., Eppingstall, B., Runci, S., Anxiety and Depression: A Review. Psychiatric Clinics, 2017, 40(4), 751-770.
19. Malinowski, P., Moore, A. W., Mead, B. R., & Gruber, T. Mindful aging: the effects of regular brief mindfulness practice on electrophysiological markers of cognitive and affective processing in older adults. Mindfulness, 2017, 8(1), 78-94.
20. Freilich, R., & Shechtman, Z. Effectiveness of acceptance /commitment on anxiety, Psychological flexibility and expression of depressive symptomatology in students with and without learning disabilities. Journal of new Psychology, 2010, 23(3), 24-36.
21. Costa, J., & Pinto-Gouveia, J. Acceptance of pain, self-compassion and psychopathology: Using the Chronic Pain Acceptance Questionnaire to identify patients' subgroups. Clinical psychology & psychotherapy, 2011, 18(4), 292-302.
22. Shirazi, M; Koohkan A, Hossein & Khosravani, E. The effectiveness of dosa method of psychological rehabilitation on depression, anxiety and stress in hemodialysis patients in Zahedan. Scientific Journal of Birjand University of Medical Sciences, 2016, 23 (2), 140-130. (Persian).
23. Yazdkhasti F, Shahbazi M. Th The effect of Dohsa-hou psychic rehabilitation on reduction of attention deficit hyperactivity Disorder and increase of social skills among students with ADHD age 6 to 11. J Res Rehabil Sci. 2012; 8(5): 877-87. [Persian]
24. Shirazi, M., & Khosravani, E. Effectiveness of psychological rehabilitation, using Dohsa-Hou, on hemodialysis patients' depression, anxiety, and stress in Zahdan city. Journal of Birjand University of Medical Sciences, 2016,23(2), 130-140. (Persian).
25. Dehkordi, M. A., Dadkhah, A., & Taybe, F. M. The effectiveness of Dohsa-hou psycho-rehabilitation on social interaction in children with cerebral palsy. Iranian Journal of Exceptional Children, 2011, 11(3), 245-254.
26.Rigikouteh, B., Yazdkhasti, F., & Etemadifar,

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.100]

24(2), 187-199.
41. French, K., Golijani-Moghaddam, N., & Schröder, T. (2017). What is the evidence for the efficacy of self-help acceptance and commitment therapy? A systematic review and meta-analysis. Journal of contextual behavioral science, 2017, 6(4), 360-374.
42. Annunziata, A. J., Green, J. D., & Marx, B. P. Acceptance and commitment therapy for depression and anxiety.2016
43. Kakavand A.R, Baqeri M.R, Shirmohamadi F. (2016). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Stress Reductionin Afflicted Elderly Men to Heart Diseases. Journal of Aging Psychology., 2016, 1(3): 169-178. (Persian).

& O'Connor, D. W. A pilot trial of acceptance and commitment therapy for symptoms of depression and anxiety in older adults residing in long-term care facilities. Aging & mental health, 2017, 21(7), 766-773.
34. Scott, W., Hann, K. E., & McCracken, L. M. A comprehensive examination of changes in psychological flexibility following acceptance and commitment therapy for chronic pain. Journal of contemporary psychotherapy, 2016, 46(3), 139-148.
35. Walser, R. D., Garvert, D. W., Karlin, B. E., Trockel, M., Ryu, D. M., & Taylor, C. B. Effectiveness of acceptance and commitment therapy in treating depression and suicidal ideation in veterans. Behaviour research and therapy, 2015, 74, 25-31.
36. Narimani, M.; Agham Mohammadian, H. and Rajabi, S. Comparison of the mental health of mothers of exceptional children with the mental health of mothers of normal children. Quarterly Journal of Mental Health Principles,2007, 1 (33), 24-15. (Persian).
37. Damirchi Sadri A, Ramezani Sh. The effectiveness of treatment on loneliness and anxiety of death in the elderly. Journal of Psychology Aging.; 2016, 2 (1): 1-12. (Persian)
38. Safari Mousavi, S. The effectiveness of commitment and acceptance therapy training on depression, death anxiety, self-compassion and quality of life of female patients with MS in Khorramabad. Master Thesis, Lorestan University. 2016 (Persian)
39. Haji Mohammadi, . The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on hope and resilience of women with MS. Master Thesis, Islamic Azad University, Shahroud Branch. 2017 (Persian)
40. Jansen, J. E., & Morris, E. M. Acceptance and Commitment Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Early Psychosis: A Case Series. Cognitive and Behavioral Practice, 2017,

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.100]