

The Effectiveness of Mindfulness-based-Cognitive-Therapy on the Symptoms of Disability and Psychological Well-Being among Patients with Multiple Sclerosis

Masoud Navidi-Moghadam^{1*}, Majid Saffarinia², Ahmad Alipour²

1. PH.D Candidate of Psychology, Payam-e-Noor University, Tehran, Iran.
2. Professor, Department of Psychology, Payam-e-Noor University, Tehran, Iran.

*Corresponding Author: Masoud Navidi-Moghadam, Payam-e-Noor University, Tehran, Iran.

Email: m.navidi.m@pnu.ac.ir

Received: 15 June 2019

Accepted: 8 August 2019

Published: 20 August 2019

How to cite this article:

Navidi-Moghadam M, Saffarinia M, Alipour A. The Effectiveness of Mindfulness-based-Cognitive-Therapy on the Symptoms of Disability and Psychological Well-Being among Patients with Multiple Sclerosis. *Salamat Ijtimai (Community Health)*. 2019; 6(4): 462-472. DOI: <http://doi.org/10.22037/ch.v6i4.26634>.

Abstract

Background and Objective: Multiple sclerosis is a chronic, progressive and degenerative disease of the central nervous system myelin, which affects sensory-motor function and causes physical disability due to mental disorder in individuals. The purpose of this study was to determine the effectiveness of mindfulness-based-cognitive-therapy on the symptoms of disability and psychological well-being among patients with multiple sclerosis.

Materials and Methods: The statistical population of the study included patients with multiple sclerosis in Tehran, among whom 60 were selected by convenience sampling method and randomly assigned to case and control groups. Mindfulness-based-cognitive-therapy was trained for 8 sessions of 90 minutes and the control group remained on the list. The data were collected using Vickrey's physical health questionnaire and Ryff's psychological well-being, and were analyzed using SPSS software version 19 and covariance analysis tests.

Results: Among participants, 27 (45%) were male and 33 (55%) were female. The mean (SD) of disability score in case group decreased from 3.9 (0.5) before intervention to 2.8 (1.3) after intervention and 3.0 (1.4) in the follow-up period, $P=0.001$; however, changes in control group were not significant. The mean (SD) of psychological well-being score increased from 45.5 (7.7) before intervention to 65.9 (6.4) after intervention and 67.7 (4.5) in follow-up period. Independence score increased from 9.9 (3.2) before intervention to 12.6 (2.5) after intervention and 12.7 (6.2) in follow-up period, $P=0.02$; mastery of the environment increased from 7.7 (1.5) before intervention to 9.7 (1) after intervention and 9.7 (1) in follow-up period, $P=0.03$; personal growth increased from 6.8 (2.1) before intervention to 8.5 (2.6) after intervention and 8.7 (2.5) in follow-up period, $P=0.04$; positive relationship with others increased from 7.6 (2.5) before intervention to 10.1 (2.1) after intervention and 10.8 (2.4) in follow-up period, $P=0.04$; goal-oriented life increased from 6.8 (2.7) before intervention to 11.7 (2) after intervention and 12.1 (2.6) in follow-up period, $P=0.01$; and acceptance increased from 6.9 (2.2) before intervention to 13.3 (3.6) after intervention and 13.1 (3.8) in follow up period, $P=0.004$.

Conclusion: The study showed that mindfulness-based-cognitive-therapy can improve physical health and psychological well-being among patients with multiple sclerosis.

Keywords: Mindfulness-based-cognitive-therapy; Disability; Psychological well-being; Multiple sclerosis.

Conflict of Interest: None of the authors has any conflict of interest to disclose.

Ethical publication statement: We confirm that we have read the Journal's position on issues involved in ethical publication and affirm that this report is consistent with those guidelines.

Ethical code: IR.PNU.REC.1397.051.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم بهبودی ناتوانی جسمانی و بهزیستی روانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

مسعودنویدی مقدم^{۱*}، مجیدصفرانیا^۲، احمدعلی پور^۲

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، مرکز تحصیلات تکمیلی، دانشگاه پیام نور تهران، تهران، ایران.

۲. استاد گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: مسعود نویدی مقدم، مرکز تحصیلات تکمیلی، دانشگاه پیام نور تهران، تهران، ایران.

Email: m.navidi.m@pnu.ac.ir

تاریخ پذیرش: مرداد ۱۳۹۸

تاریخ دریافت: خرداد ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: بیماری مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری مزمن پیشرونده است که عملکرد حسی-حرکتی را تحت تأثیر قرار می دهد و ناتوانی جسمانی ناشی از آن منجر به اختلال در سلامت روانی افراد نیز می گردد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم بهبودی ناتوانی جسمانی و بهزیستی روانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد.

روش و مواد: این مطالعه به صورت نیمه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون در سه مرحله و با دو گروه آزمایش و گواه انجام شد. جامعه آماری، بیماران عضو جامعه مولتیپل اسکلروزیس شهر تهران بودند که از بین آن ها، ۶۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای دریافت کردند ولی گروه گواه مداخله ای دریافت نکردند. داده ها با استفاده از پرسشنامه های ناتوانی جسمانی Vickrey و بهزیستی روانی Ryff جمع آوری شدند و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-19 و آزمون های تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: از شرکت کنندگان در مطالعه ۲۷ (۴۵٪) مرد و ۳۳ (۵۵٪) زن بودند. میانگین (انحراف معیار) نمره ناتوانی جسمانی در گروه آزمایش از ۳/۹ (۰/۵) قبل از مداخله به ۲/۸ (۱/۳) بعد از مداخله و ۳/۰ (۱/۴) در دوره پیگیری کاهش یافت (P=۰/۰۰۱). ولی تغییرات در گروه گواه معنی دار نبود. میانگین (انحراف معیار) نمره کل بهزیستی روانشناختی در گروه آزمایش از ۴۵/۵ (۷/۷) قبل از مداخله به ۶۵/۹ (۶/۴) بعد از مداخله و ۶۷/۷ (۴/۵) در دوره پیگیری افزایش یافت (P=۰/۰۰۲). میانگین (انحراف معیار) نمره مؤلفه های بهزیستی روانی در گروه آزمایش شامل استقلال از ۹/۹ (۲/۳) قبل از مداخله به ۱۲/۶ (۲/۵) بعد از مداخله و ۱۲/۷ (۲/۶) در دوره پیگیری (P=۰/۰۲)، نمره تسلط بر محیط از ۷/۷ (۱/۵) قبل از مداخله به ۹/۷ (۱) بعد از مداخله و ۹/۷ (۱) در دوره پیگیری (P=۰/۰۳)، نمره رشد شخصی از ۶/۸ (۲/۱) قبل از مداخله به ۸/۵ (۲/۶) بعد از مداخله و ۸/۷ (۲/۴) در دوره پیگیری (P=۰/۰۴)، ارتباط مثبت با دیگران از ۷/۶ (۲/۵) قبل از مداخله به ۱۰/۱ (۲/۱) بعد از مداخله و ۱۲/۱ (۲/۶) در دوره پیگیری (P=۰/۰۴)، هدفمندی در زندگی از ۶/۸ (۲/۷) قبل از مداخله به ۱۱/۷ (۲) بعد از مداخله و ۱۳/۷ (۳/۱) در دوره پیگیری (P=۰/۰۱) و پذیرش از ۶/۹ (۲/۲) قبل از مداخله به ۱۳/۳ (۳/۶) بعد از مداخله و ۱۳/۷ (۳/۱) در دوره پیگیری (P=۰/۰۰۴) افزایش یافتند. تغییرات نمرات مؤلفه های بهزیستی روانی در گروه گواه معنی دار نبود.

نتیجه گیری: مطالعه نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب بهبود ناتوانی جسمانی و بهزیستی روانی، در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز شد.

واژگان کلیدی: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، ناتوانی جسمانی، بهزیستی روانی، مولتیپل اسکلروزیس.

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس یا M.S.، که به عنوان یک بیماری ناتوان کننده و مزمن سیستم ایمنی بدن شناخته شده است (۱) یک بیماری التهابی با ماهیت تحلیل برنده مربوط به سیستم اعصاب مرکزی می باشد (۲). M.S. با اتیولوژی گسترده، چندعاملی و نامشخص در افراد مختلف با تظاهرات بالینی متعدد مشاهده می شود (۳). عمده ترین تظاهرات بالینی آن شامل خستگی، اختلالات حرکتی، نواقص بینایی، اختلالات حسی، نواقص شناختی، تغییرات مخچه، تغییر در سیستم عصبی خودکار و تغییرات روانی می باشد (۴). شیوع آن به سرعت در حال پیشرفت بوده، به طوری که اطلس M.S. در سال ۲۰۱۶ شیوع این بیماری در دنیا را حدود دو و نیم میلیون نفر برآورد کرده است (۵). طبق گزارش انجمن M.S. 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 M.S. اختلال در تعادل و تحرک و نیز شکایت این بیماران از مشکلات خواب و خستگی می باشد که مطالعات مختلف نشان داده است، این مشکلات کاملاً 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 می باشد و طی دوره‌های عود و خامت 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، به طوری 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 تأثیر 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 تأثیر قرار می‌دهند. نقش تعادل در استقلال فعالیت‌های روزمره زندگی حیاتی می‌باشد. اختلال در کنترل منجر به کاهش ثبات فرد می‌گردد و در نتیجه کاهش استقلال عملکردی، تشدید ناتوانی و هم‌چنین افزایش خطر افتادن می‌گردد (۱۲). همه موارد یاد شده یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر بهزیستی روانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس 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 (۷).

بهزیستی روانی یکی از مؤلفه‌های 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 (۱۳). پژوهشگران معتقدند که ایجاد بهزیستی روان‌شناختی و رضایت از زندگی، انسان‌ها را به سمت موفقیت بیشتر در زندگی، سلامت بهتر، ارتباط اجتماعی حمایت‌گراانه سالم‌تر و درنهایت سلامت روانی و جسمی بالاتر، رهنمون می‌سازد (۱۴). بنابراین با توجه به اثرات بیماری مولتیپل اسکلروزیس بر وضعیت روان‌شناختی مداخلات روانشناسی برای بهبود وضعیت روانی این بیماران ضروری به نظر می‌رسد. از جمله این مداخلات، می‌توان به درمان‌های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی اشاره کرد. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی یک رویکرد غیر دارویی است که می‌تواند به‌عنوان یک گزینه درمانی در کمک به افزایش سلامت جسمانی، بهزیستی روانی، حمایت اجتماعی و روابط بین فردی در این بیماران مورد توجه قرار گیرد (۱۵). ذهن آگاهی به علت سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه و مشاهده گری بدون داوری می‌تواند ضمن کاهش علائم و پیامدهای پس از بیماری اثربخشی درمان را افزایش داده و به پیشگیری از عود بیماری کمک کند. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مهارت‌های پیشگیری از عود شناختی رفتاری (به عنوان مثال شناسایی کردن موقعیت‌های پرخطر و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای) و مراقبه ذهن آگاهانه محوریت پیدا کرده است. تمرینات ذهن آگاهی به دنبال افزایش پذیرش آگاهی متمایز از

طریق تمرکز خاص بر ناراحتی‌های جسمی و هیجانی است و به مراجعین می‌آموزد که وضعیت‌های هیجانی، جسمانی و شناختی را بدون واکنش غیرارادی مورد مشاهده قرار دهند (۱۶).

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 این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم بهبودی ناتوانی جسمانی و بهزیستی روانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد.

روش و مواد

این مطالعه به صورت نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون در سه مرحله و با دو گروه آزمایش و گواه انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می‌شد که در سال ۹۵-۱۳۹۴ به انجمن M.S. ایران در شهر تهران مراجعه کرده بودند. تعداد نمونه پژوهش بر اساس اندازه اثر ۰/۲۵، آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ در دو گروه، ۶۰ نفر و برای هر گروه ۳۰ نفر برآورد شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل: محدوده سن ۲۰-۴۰ سال، حداقل سابقه شش ماهه بیماری مولتیپل اسکلروزیس، حداقل تحصیلات سوم راهنمایی و توانایی جسمانی و روانی کافی برای نوشتن و ابتلاء به نوع متوسط مولتیپل اسکلروزیس از لحاظ شدت ناتوانی و علائم بیماری، گرفتن دو نمره انحراف معیار پایین‌تر از میانگین در پرسشنامه‌های سلامت جسمانی، کیفیت زندگی مرتبط با بیماران مولتیپل اسکلروزیس و بهزیستی روانی، داشتن بصیرت کافی و توانایی لازم برای همکاری در مطالعه در نظر گرفته شد. معیارهای خروج شامل عود بیماری و شدید شدن ناتوانی از حالت ناتوانی متوسط به ناتوانی شدید بود. 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 مولتیپل اسکلروزیس 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 و در صورت واجد شرایط بودن وارد پژوهش می‌گردیدند، و سپس به‌صورت تخصیص تصادفی با استفاده از قرعه‌کشی در گروه آزمایش و گروه گواه قرار می‌گرفتند، پس از انتخاب ۶۰ 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 توسعه‌یافته «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 ناتوانی جسمانی آن‌ها توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب تأیید و معیار ناتوانی EDSS آنان نیز توسط پزشک مربوطه تعیین گردید. گروه آزمایش، شامل ۳۰ نفر بودند که به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی دیدند و گروه گواه نیز شامل ۳۰ نفر بود که در لیست انتظار باقی ماندند. در آخرین جلسه و یک هفته پس از اتمام آموزش در گروه آزمایش، پرسشنامه ناتوانی جسمانی مجدداً روی هر دو گروه آزمایش و گواه اجرا گردید. محتوای برنامه درمانی در جدول شماره ۱ درج شده است.

ابزار پژوهش شامل موارد زیر بودند:

شاخص میزان ناتوانی یا (EDSS): این پرسشنامه به عنوان یک شاخص بالینی معتبر برای ارزیابی ناتوانی جسمی در افراد مبتلا به M.S. و اختصاصاً نوع عودبهبودی در سال ۱۹۸۳ توسط دکتر کورتزکه معرفی شده است. این شاخص میزان ناتوانی شاخصی برای تعیین کمیت ناتوانی در مولتیپل اسکلروزیس 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. در نهایت نمره فرد در دامنه صفر (بررسی

جدول شماره ۱- برنامه و محتوای آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

اهداف	جلسه
آشنایی با هدایت خودکار و نحوه معطوف ساختن توجه به قسمت‌های مختلف بدن	اول
تمرکز بیشتر بر بدن و کنترل بیشتر واکنش نسبت به وقایع روزانه	دوم
تمرکز عامدانه آگاهی بر تنفس، تمرکز و یکپارچه بودن بیشتر	سوم
آموزش حضور ذهن و اجتناب از حواس پرتی	چهارم
آموزش اجازه حضور به تجربه همان‌طور که هست، بدون قضاوت یا تغییر در آن	پنجم
آشنایی شرکت کنندگان با نحوه‌ای که خلق و افکار تجربه را محدود می‌کند	ششم
مرور نشانگان عود و بیماری	هفتم
آموزش نحوه تمرین منظم ذهن آگاهی	هشتم

عصب‌شناختی طبیعی) تا ۱۰ (مرگ به علت مولتیپل اسکلروزیس) قرار می‌گیرد (۲۱). این مقیاس توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب تعیین و بر اساس معیار طبقه‌بندی جونز به سه طبقه خفیف (۰-۳)، متوسط (۵-۶/۵) و شدید (۷ و بیشتر) طبقه‌بندی می‌شود (۲۲). در مطالعه حاضر پایایی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

بهزیستی روان‌شناختی Ryff-فرم کوتاه (RSPWB): این مقیاس توسط ریف در فرم اصلی ۱۲۰ سؤالی طراحی شده است که دارای شش زیرمقیاس خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، رابطه مثبت با دیگران، زندگی هدفمند و خودپذیرندگی می‌باشد. پاسخ به هر سؤال بر اساس طیفی از کاملاً مخالف (نمره ۱) تا کاملاً موافق (نمره ۶) مشخص می‌شود. نمره‌ی بالاتر بیانگر سطح بالای بهزیستی روان‌شناختی است. لازم به ذکر است که در پژوهش‌های بعدی فرم‌های ۸۴، ۵۴ و ۱۸ سؤالی این مقیاس نیز ارائه گردید. در این پژوهش فرم کوتاه ۱۸ سؤالی که توسط ریف و کیز خلاصه شد، مورد استفاده قرار گرفته است. ریف و کیز گزارش کردند همبستگی زیرمقیاس‌های فرم ۱۸ سؤالی با فرم ۱۲۰ سؤالی بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ است (۲۳). در پژوهش حاضر پایایی درونی مقیاس با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۲ و آلفای زیرمقیاس‌های آن از ۰/۷۰ تا ۰/۷۸ بوده است.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-19 و آزمون‌های توصیفی و تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

از شرکت کنندگان در مطالعه ۲۷ (۴۵٪) مرد و ۳۳ (۵۵٪) زن بودند. میانگین (انحراف معیار) سن مردان (۴/۸) ۳۴/۳ و زنان (۵/۳) ۳۵/۲ سال بود. به منظور بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که در همه موارد فرض تساوی واریانس‌ها برقرار بود.

میانگین (انحراف معیار) نمره ناتوانی جسمانی در گروه آزمایش از (۰/۵) ۳/۹ قبل از مداخله به (۱/۳) ۲/۸ بعد از مداخله و (۱/۴) ۳/۰ در دوره پیگیری کاهش یافت ($P=0/001$). ولی تغییرات در گروه گواه معنی‌دار نبود.

جدول شماره ۲- مقایسه ناتوانی جسمانی قبل و بعد از مداخله و پیگیری در افراد شرکت کننده در مطالعه

گروه	قبل از مداخله (انحراف معیار) میانگین	بعد از مداخله (انحراف معیار) میانگین	پیگیری (انحراف معیار) میانگین	P
آزمایش	۳/۹ (۰/۵)	۲/۸ (۱/۳)	۳/۰ (۱/۴)	۰/۰۰۱
گواه	۳/۸ (۱/۷)	۴/۰ (۱/۳)	۴/۱ (۱/۲)	۰/۰۰۹

جدول شماره ۳- آزمون تحلیل کوواریانس مختلط نمرات ناتوانی جسمانی با معیار گرین هاوس گیزر

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

نتایج جدول شماره ۳ نشان داد، اثرات اصلی درون آزمودنی و گروه معنادار می باشد. با توجه به ضریب F محاسبه شده، بین میانگین های ناتوانی جسمانی در سه مرحله اندازه گیری تفاوت معناداری دیده می شود ($P < 0/001$). بنابراین نتیجه گرفته می شود مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه گروهی در شرکت کنندگان گروه های آزمایشی به نسبت گروه گواه تأثیر بیشتری بر بهبود ناتوانی جسمانی داشته است.

جدول شماره ۴- مقایسه بهزیستی روانشناختی قبل و بعد از مداخله و پیگیری در افراد شرکت کننده در مطالعه

متغیر	گروه	قبل از مداخله (انحراف معیار) میانگین	بعد از مداخله (انحراف معیار) میانگین	پیگیری (انحراف معیار) میانگین	P
استقلال	آزمایش	۹/۹ (۲/۳)	۱۲/۶ (۲/۵)	۱۲/۷ (۲/۶)	۰/۰۲
	گواه	۹/۴ (۳)	۸ (۳/۲)	۸/۱ (۳/۱)	۰/۴
تسلط بر محیط	آزمایش	۷/۷ (۱/۵)	۹/۷ (۱)	۹/۷ (۱)	۰/۰۳
	گواه	۷/۷ (۱/۱)	۸/۳ (۱/۸)	۸/۲ (۱/۸)	۰/۳
رشد شخصی	آزمایش	۶/۸ (۲/۱)	۸/۵ (۲/۶)	۸/۷ (۲/۵)	۰/۰۴
	گواه	۶/۹ (۲/۷)	۶/۸ (۱/۸)	۶/۸ (۲/۱)	۰/۱۷
ارتباط مثبت با دیگران	آزمایش	۷/۶ (۲/۵)	۱۰/۱ (۲/۱)	۱۰/۸ (۲/۴)	۰/۰۴
	گواه	۷/۳ (۲/۱)	۷/۲ (۱/۳)	۷/۳ (۱/۳)	۰/۲
هدفمندی در زندگی	آزمایش	۶/۸ (۲/۷)	۱۱/۷ (۲)	۱۲/۱ (۲/۶)	۰/۰۱
	گواه	۶ (۲/۴)	۶/۴ (۲/۳)	۶/۶ (۲/۶)	۰/۳
پذیرش	آزمایش	۶/۹ (۲/۲)	۱۳/۳ (۳/۶)	۱۳/۷ (۳/۱)	۰/۰۰۴
	گواه	۷ (۲/۳)	۶/۹ (۲/۲)	۶/۹ (۲/۳)	۰/۳
جمع	آزمایش	۴۵/۵ (۷/۷)	۶۵/۹ (۶/۴)	۶۷/۷ (۴/۵)	۰/۰۰۲
	گواه	۴۴/۳ (۵/۶)	۴۳/۶ (۲/۶)	۴۱/۹ (۴/۸)	۰/۶

میانگین (انحراف معیار) نمره کل بهزیستی روانشناختی در گروه آزمایش از ۴۵/۵ (۷/۷) قبل از مداخله به ۶۵/۹ (۶/۴) بعد از مداخله و ۶۷/۷ (۴/۵) در دوره پیگیری افزایش یافت ($P = 0/002$). میانگین (انحراف معیار) نمره مؤلفه های بهزیستی روانی در گروه آزمایش شامل استقلال از ۹/۹ (۲/۳) قبل از مداخله به ۱۲/۶ (۲/۵) بعد از مداخله و ۱۲/۷ (۲/۶) در دوره پیگیری ($P = 0/002$)، تسلط بر محیط از ۷/۷ (۱/۵) قبل از مداخله به ۹/۷ (۱) بعد از مداخله و ۹/۷ (۱) در دوره پیگیری ($P = 0/03$)، رشد شخصی از ۶/۸ (۲/۱) قبل از مداخله به ۸/۵ (۲/۶) بعد از مداخله و ۸/۷ (۲/۵) در دوره پیگیری ($P = 0/04$)، ارتباط مثبت با دیگران از ۷/۶ (۲/۵) قبل از مداخله به ۱۰/۱ (۲/۱) بعد از مداخله و ۱۰/۸ (۲/۴) در دوره پیگیری ($P = 0/04$)، هدفمندی در زندگی از ۶/۸ (۲/۷) قبل از مداخله به ۱۱/۷ (۲) بعد از مداخله و ۱۲/۱ (۲/۶) در دوره پیگیری ($P = 0/01$) و پذیرش از ۶/۹ (۲/۲) قبل از مداخله به ۱۳/۳ (۳/۶) بعد از مداخله و ۱۳/۷ (۳/۱) در دوره پیگیری ($P = 0/004$) افزایش یافتند.

جدول شماره ۵-آزمون تحلیل واریانس مختلط نمرات بهزیستی روانی با معیار گرین هاووس گیزر

متغیر	منبع تغییر	شاخص آماری عوامل	SS	df	MS	F	P	ضریب ایتا
استقلال	بین گروهی	گروه	۲۴/۰۵	۲	۱۲/۰۲	۳/۱۲	۰/۰۹	۰/۲۱
	درون گروهی	تکرار اندازه گیری	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
	درون گروهی	تکرار اندازه گیری	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
	درون گروهی	تکرار اندازه گیری	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
	درون گروهی	تکرار اندازه گیری	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
	درون گروهی	تکرار اندازه گیری	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
	درون گروهی	تکرار اندازه گیری	۴۳۳/۳۷	۱/۹۷	۲۲۰/۰۴	۳۹/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸
جمع	بین گروهی	گروه	۱۳۳۳/۷۶	۲	۱۳۳۳/۷۶	۵۸۷/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۹۵
	درون گروهی	تکرار اندازه گیری	۱۵۴/۱۴	۲	۱۵۴/۱۴	۶۷/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۷۱

نتایج جدول شماره ۵ نشان داد، اثرات اصلی گروه و همچنین اثر درون آزمودنی در متغیرهای تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی، ارتباط مثبت با دیگران، پذیرش و نمره کل بهزیستی روانشناختی معنادار می باشد. با توجه به ضریب F محاسبه شده، بین میانگین های تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی، ارتباط مثبت با دیگران، پذیرش و نمره کل بهزیستی روانشناختی در سه مرحله اندازه گیری تفاوت معناداری دیده شد ($P < ۰/۰۵$).

بحث

مطالعه نشان داد میانگین (انحراف معیار) نمره ناتوانی جسمانی در گروه آزمایش از $۳/۹$ ($۰/۵$) قبل از مداخله به $۲/۸$ ($۱/۳$) بعد از مداخله و $۳/۰$ ($۱/۴$) در دوره پیگیری کاهش و میانگین (انحراف معیار) نمره کل بهزیستی روانشناختی در گروه آزمایش از $۴۵/۵$ ($۷/۷$) قبل از مداخله به $۶۵/۹$ ($۶/۴$) بعد از مداخله و $۶۷/۷$ ($۴/۵$) در دوره پیگیری افزایش یافت. بنابراین می توان به این توصیف دست زد که درمان ذهن آگاهی نسبت به گروه گواه باعث بهبود ناتوانی جسمانی و افزایش بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شده است.

در مطالعه عباسی و همکاران (۲۴) و سلیمانی و تاج‌الدینی (۲۵) درمان ذهن آگاهی بر خستگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس مؤثر بود که مطالعه حاضر از این نظر با آنها همسو می باشد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که شیوه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (با تأکید بر اینجا و اکنون) سبب شد تا بیماران احساس کنند بیشتر از گذشته بر نشانه‌های بیماری خود کنترل دارند و این حس کارآمدی فردی، توأم با کنترل پذیری، باعث کسب دیدگاه‌های واقع‌بینانه‌تری درباره بیماری و در نتیجه ادراک صحیح نسبت به بیماری مولتیپل اسکلروزیس شد. آن‌ها همچنین روش‌های درمانی را در کنترل و بهبود بیماری جسمانی خود، بیش‌ازپیش مؤثر دانستند بنابراین نگرش مثبتی نسبت به درمان و کنترل بیماری خود پیدا کردند و در همکاری با رژیم‌های درمانی خود، بیشتر از گذشته مصمم شدند. پس از مداخله، بیماران نگرش واقعی‌تری نسبت به پیامدهای بیماری مولتیپل اسکلروزیس کسب کردند و علیرغم این که قبلاً این بیماری را کشنده و ناتوان‌کننده قطعی می‌پنداشتند، اما پس از درمان، آن‌ها پیامدهای واقعی بیماری را می‌شناختند و درک درستی نسبت به آن‌ها داشتند. در مجموع با توجه به این که بیماران به اطلاعات درست و واقعی درباره بیماری‌شان دست‌یافته بودند و آن را به‌عنوان بخشی

از زندگی خود پذیرفته بودند، بنابراین واکنش‌های هیجانی کمتری نسبت به این شرایط نشان دادند و به عبارتی در مقابله مؤثر با بیماری و سازگاری با شرایط خود موفق‌تر از پیش عمل کردند.

در نهایت می‌توان مؤثر بودن این آموزش را در بسیاری از جنبه‌ها در بیماران دارای بیماری مزمن تأیید نمود. به‌طوری‌که تأکید اخیر، منعکس‌کننده این حقیقت است که شیوه پردازش می‌تواند به‌اندازه محتوای معنی و تفسیرهای مربوط به سازگاری روانی مهم باشد. هنگامی که از این نوع درمان برای مشکلات و مسائل بیماران مبتلا به مشکلات جسمی استفاده می‌شود، در شناخت معنا دهی‌های مربوط به تشخیص و کنترل بیماری‌های مزمن بسیار مهم است. نقش اساسی معنا دهی‌ها و تفسیرهای فرد از رویدادها و موقعیت‌ها در درمان‌های شناختی، یکی از دلایلی است که این مدل درمانی را به یک درمان مناسب برای اجزای روانی مشکلات مزمن پزشکی تبدیل کرده است. درمان شناختی رفتاری یک‌شکل ساختاریافته از درمان است و ساختار در این نوع درمان مهم است (۲۶).

روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به بیماران کمک می‌کند که یاد بگیرند چگونه از احساس‌های بدنی، افکار و هیجانات خود آگاهی یابند و چگونه پاسخ سازگاران‌های به علائم هشداردهنده عود بیماری نشان دهند، بنابراین ذهن آگاهی این توانایی را به ما می‌دهد تا آسیب‌پذیری‌های فراگیر در انسان را ببینیم و با آن روبرو شویم و آن‌ها را که بخشی از وجود ذاتی و درونی انسان‌ها هستند به چالش بکشیم. ذهن آگاهی، نوعی آگاهی است که در زمان توجه ما به تجربیاتمان نسبت به موضوع خاصی شکل می‌گیرد. توجهی که متمرکز بر هدف است (توجه به‌طور آشکار روی جنبه‌های خاصی از تجربه معطوف می‌شود) و در زمان حال (وقتی ذهن به گذشته یا آینده معطوف می‌شود آن‌ها به زمان حال بازمی‌گردانیم) و بدون قضاوت (فرایندی که با روح پذیرش نسبت به آنچه رخ داده است، همراه است) صورت می‌گیرد (۲۷). آگاهی از آنچه در آینده اتفاق می‌افتد و آنچه در حال رخ دادن است «توجه عمیق و مستقیم به آن و مرتبط کردن آن با پذیرش موضوع، یعنی قدرت عمل مشاهده مشارکتی». گرچه ماهیت موضوع و توجه به آن آسان است، تمرین ذهن آگاهی اغلب کار سخت به نظر می‌رسد. تمرینی که در آن به‌طور منظم به خود آموزش می‌دهیم تا بدان چه در اطرافمان رخ می‌دهد و ناشی از تجارب ما است اطمینان کنیم. این تمرین همچنین به معرفی گزینه‌ها برای اجتناب از مشکل و جنبه‌های چالش‌برانگیز تجربه درمانی می‌پردازد.

یافته دیگر مطالعه این بود که درمان ذهن آگاهی باعث افزایش مؤلفه‌های بهزیستی روانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شد. در تحقیقات مختلف بر جمعیت بزرگسال نیز مفید بودن این روش درمانی در حیطه‌های گوناگونی همچون مدیریت استرس و اضطراب و ارتقای مهارت‌های تنظیم هیجان، کاهش تکانشگری، کاهش نشخوار فکری و افسردگی (۲۸)، استرس، اضطراب و افسردگی (۲۶) تایید شده است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که ذهن آگاهی، هشیاری غیرقضاوتی و غیرقابل توصیف و مبتنی بر زمان حال نسبت به تجربه‌ای است که در یک لحظه خاص در محدوده توجه یک فرد قرار دارد و علاوه بر آن، این مفهوم اعتراف به تجربه یادشده و پذیرش آن را نیز شامل می‌شود و افزایش ذهن آگاهی در افزایش بهزیستی اجتماعی و روان‌شناختی با توجه به مؤلفه‌های پذیرش، درک پذیری و رشد شخصی مؤثر است و به فرد این امکان را می‌دهد تا به جای آنکه به رویدادها به‌طور غیرارادی و بی‌تأمل پاسخ دهد، با تفکر و تأمل پاسخ دهد (۲۹) و آن‌ها را در شناخت، مدیریت و حل مشکلات روزمره (۳۰) تواناتر سازد. مطالعات متعدد نمایانگر تأثیر ذهن آگاهی افزایش یافته در بهزیستی روان‌شناختی و در نتیجه افزایش رضایت از زندگی است زیرا در نتیجه افزایش بهزیستی، اضطراب و افسردگی، عاطفه منفی و نشانه‌های روان‌شناختی کاهش یافته و عزت‌نفس، خوش‌بینی و عاطفه مثبت افزایش می‌یابد. نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که می‌توان با افزایش ذهن آگاهی افراد، بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها را افزایش داد.

Brown & Ryan (۳۱) همبستگی مثبت و معناداری بین ذهن آگاهی و رضایت از زندگی به دست آوردند، در نتیجه می‌توان گفت که افزایش ذهن آگاهی با کاهش نشانه‌های منفی روان‌شناختی و عاطفه منفی و در نتیجه افزایش رضایت از زندگی، شادی و خوش‌بینی و بهزیستی روان‌شناختی و هیجانی همراه است. آموزش ذهن آگاهی، با افزایش آگاهی افراد نسبت به

حال، از طریق فنونی مثل توجه به تنفس و بدن و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات تأثیر می‌گذارد و باعث کاهش نشخوارهای فکری و نگرش‌های ناکارآمد در افراد می‌شود. همچنین افراد را متوجه افکار زائد خود می‌سازد و مجدداً افکار آن‌ها را به سایر جنبه‌های زمان حال، نظیر تنفس، راه رفتن همراه با حضور ذهن یا صداهای محیطی معطوف می‌سازد و از این طریق باعث کاهش نشخوار فکری می‌شود (۳۱) که این تغییرات مثبت در افراد باعث افزایش بهزیستی جامع می‌شود. در اصل، به‌طور نظری ذهن آگاهی می‌تواند اثر پیشگیرانه درمان را افزایش دهد (۳۲). Brown & Ryan همچنین نشان دادند افزایش ذهن آگاهی با افزایش بهزیستی روان‌شناختی همراه است. همچنین مداخله بالینی روی بیماران سرطانی نشان داد که افزایش ذهن آگاهی با کاهش آشفتگی خلقی و تنیدگی در آن‌ها همراه است (۳۱). Morone و همکاران (۳۳) در مطالعه خود روی بیماران با درد مزمن دریافتند که تمرین ذهن آگاهی اثرات مثبتی روی درد، توجه و مسائل خواب دارد. همچنین نتیجه مطالعه آن‌ها نشان داد که تمرین ذهن آگاهی باعث رشد بهزیستی روان‌شناختی در افراد می‌شود که این امر تأثیر فوری بر افزایش خلق و اثرات دراز مدت بر کیفیت زندگی دارد. در حقیقت آن‌ها دریافتند که افزایش ذهن آگاهی با افزایش بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی جسمانی همراه است. مطالعه حاضر با یافته‌های این مطالعات همخوانی داشت.

نتیجه‌گیری

مطالعه نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب بهبود ناتوانی جسمانی و بهزیستی روانی، در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز شد.

تشکر و قدردانی

از کلیه افرادی که با مشارکت خود در این مطالعه ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌گردد. این مقاله منتج از پایان نامه دوره دکتری نویسنده اول بوده و دارای کد کمیته اخلاق به شماره IR.PNU.REC.1397.051 از دانشگاه پیام نور تهران می‌باشد.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ‌گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

REFERENCES

1. Pompili, M., Forte, A., Palermo, M., Stefani, H., Lamis, D.A., Serafini, G., Amore, M. & Girardi, P. "Suicide risk in multiple sclerosis: A systematic review of current literature". *Journal of Psychosomatic Research*. 2012; 73: 411-417.
2. Hughes, N., Locock, L. & Ziebland, S. "Personal identity and the role of „carer“ among relatives and friends of people with multiple sclerosis". *Social Science & Medicine*. 2013; 96: 78-85.
3. Costa, D.C., Marques Sa', M.J. & Calheiros, J.M. "Social characteristics and quality of life of portuguese Multiple Sclerosis patients". *Neurology Therapy*. 2013; 2: 43-56.
4. Albuquerque, C., Geraldo, A., Martins, R. & Ribeiro, O. "Quality of life of people with multiple sclerosis: Clinical and psychosocial determinants". *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2015; 171: 359 - 365
5. Hosseini, S. M. S., Asgari, A., Rassafiani, M., Yazdani, F. & Mazdeh, M. "Leisure time activities of Iranian patients with multiple sclerosis: a qualitative study". *Health Promotion Perspectives*. 2016; 6 (1): 47-53.
6. Abedini E, Ghanbari-Hashem-Abadi B.A, Talebian-Sharif J. Effectiveness of Group Therapy Based on Hope Approach on Hope and Depression in Women with Multiple Sclerosis. *Journal of Clinical Psychology*. 2017; 8(2): 1-11. (Full Text in Persian)
7. Veauthier, C., Gaede, G., Radbruch, H., Gottschalk, S., Wernecke, K. D., & Paul, F. Treatment of sleep disorders may improve fatigue in multiple sclerosis. *Clinical neurology and neurosurgery*. 2013; 115(9): 1826-1830.
8. Plow, M. A., Finlayson, M., & Rezac, M. A scoping review of self-management interventions for adults with multiple sclerosis. *PM&R*. 2011; 3(3): 251-262.

9. Hasanzadeh F, Behnam Vashani H, Ramezanzade Tabriz E. Survey on Factors Affecting the Recurrence of Multiple sclerosis Attacks. *Iranian Journal of Medical - Surgical Nursing*. 2014;3(4): 233-240. (Text in Persian)
10. Goldin, P. R., & Gross, J. J. Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*. 2010;10(1): 83.
11. Oleen-Burkey, M., Castelli-Haley, J., Lage, M. J., & Johnson, K. P. Burden of a multiple sclerosis relapse. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*. 2010; 5(1): 57-69.
12. Ilett P, Lythgo N, Martin C, Brock K. 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. *Physiother Res Int*. 2016 Jun;21(2):91-101.
13. Lambert, M., & Naber, D. (2004). Current issues in schizophrenia: overview of patient acceptability, functioning capacity and quality of life. *CNS drugs*. 2004; 18(2): 5-17.
14. Farhadi M, pasandideh M M. mindfulness based cognitive therapy in reducing stress, anxiety, depression and increase self-efficacy in female patients with multiple sclerosis (MS). . *CPAP*. 2018; 15 (2) :7-15.
15. Petter M, McGrath PJ, Chambers CT, Dick BD. The effects of mindful attention and state mindfulness on acute experimental pain among adolescents. *J Pediatr Psychol*. 2014;39(5):521-31.
16. Witkiewitz K, Bowen S, Douglas H, Hsu SH. Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addict Behav*. 2013 Feb;38(2):1563-71.
17. Trepper, T. S., Dolan, Y., McCollum, E. E., & Nelson, T. Steve De Shazer and the future of solution-focused therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2006; 32(2): 133-139.
18. Davarniya, R., Zaharakar, K., & Nazari, A. M. The effect of brief solution-focused couple therapy (BSFCT) approach on reducing couple burnout dimensions in women. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2015;1(1): 36-46.
19. Sanai, B., Davarniya, R., Bakhtiari Said, B., & Shakarami, M. The effectiveness of solution-focused brief therapy (SFBT) on reducing couple burnout and improvement of the quality of life of married women. *Armaghane danesh*. 2015; 20(5): 416-432.
20. Knekt, P., Lindfors, O., Sares-Jäske, L., Virtala, E., & Härkänen, T. Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms and working ability during a 5-year follow-up. *Nordic journal of psychiatry*. 2013; 67(1): 59-68.
21. Vickrey, B. G., 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.
22. Sangelaji B, Salimi Y, Dastoorpour M, Mansouri T, Ashrafinia F, Esmaeilzadeh N, Asadi-Lari M. The Relationship between Disability and Quality of Life in Multiple Sclerosis Patients. *Health Develop J*. 2013; 2 (3) :203-0
23. Iranian Pahrabad, S., Mashhadi, A., Tabibi, Z., Modarres Gharavi, M. The effectiveness of attachment-based group training on the psychological well-being of a non-clinical sample of students with preoccupied insecure attachment style. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 2016; 18(2): 109-115.
24. Abbasi S, Pahlavanzadeh S, Alimohammadi N. The effect of cognitive behavioral therapy on the severity of fatigue in women with multiple sclerosis: a Randomized Controlled Trial study. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2016; 5 (2) :40-51.
25. Soleimani, S., Tajoddini, E. Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy Based on Fatigue on Dimensions of Mental Fatigue in Patients with Multiple Sclerosis: a case study. *Journal of Clinical Psychology*, 2016; 8(2): 13-21.
26. Witkiewitz, K., & Bowen, S. Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2010; 78(3): 362.
27. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*. 2003; 10(2): 144-156.

28. Mckim, R. D. Rumination as a mediator of the effects of mindfulness: Mindfulness-based stress reduction (MBSR) with a heterogeneous community sample experiencing anxiety, depression, and/or chronic pain. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 2008; 68(11-B), 7673.
29. Wand, T. Mental health nursing from a solution focused perspective. International Journal of Mental Health Nursing. 2010; 19(3): 210-219.
30. Walker, L., & Colosimo, K. Mindfulness, self-compassion and happiness in non-meditators A theoretical and empirical examination, Personality and Individual Differences. 2011; 50: 222-227.
31. Brown, K.W., & Ryan, R. M. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological wellbeing, Journal of personality and Social psychology. 2003; 84: 822- 848.
32. Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Williams, J. M., & Gemar, M. C. The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: Inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2002; 9(2): 131-138.
33. Morone, N. E., Lynch, Ch.S., Greco, C.M., Tindle, H. A., & et al. I Felt Like a New Person The effects of mindfulness Meditation on older adults with chronic pain Qualitative Narrative Analysis of diary entries, The Journal of pain. 2008; 9: 841-848.

پرسشنامه سلامت جسمانی

نمره EDSS (معیار ناتوانی در ام اس)	گروه بندی بیماران مبتلا به ام اس از لحاظ شدت بیماری
۰ تا ۱/۵	A میزان علائم ناشی از ام اس خیلی کم است و بیشتر علائم حسی است و در مجموع در فعالیت من هیچ محدودیتی به وجود نیاورده است. اگر حمله هم داشته باشم بعد از مدتی به حال عادی بر می گردم.
۲ تا ۲/۵	B تا مدتی علائم ام اس قابل توجه هستند ولی اثر آنها جزئی است و تاثیر کمی روی زندگی من داشته مثلا ممکن است سفتی در پا یا دستم داشته باشم اما این مشکل موجب نمی شود تا من نتوانم کارهایم به تنهایی انجام دهم.
۳ تا ۳/۵	C در راه رفتن مشکلی ندارم یا این که اثر ام اس در راه رفتن من کم است ولی ام اس از جنبه های دیگر باعث محدودیت در زندگی من شده مثلا باعث ایجاد مشکلات ادراکی یا جنسی شده است و یا باعث شده که زودتر از حد معمول خسته شوم یا مثلا ممکن است کمی سفتی در پاهایم احساس کنم که گاهی باعث ایجاد لنگیدن در من می شود.
۴ تا ۵	D ام اس باعث اختلال در فعالیت های بدن من شده به خصوص در راه رفتن دچار لنگیدن هستم من می توانم تمام روز را کار کنم ولی فعالیت های ورزشی و بدنی از آنچه باید سخت تر است معمولا به عصا یا سایر وسایل کمکی نیاز ندارم اما در هنگام حمله ممکن است از آن استفاده کنم.
۵/۵	E همیشه یا گاهی اوقات از عصا و یا سایر وسایل کمکی نظیر گرفتن دیوار و یا دست دیگران برای راه رفتن استفاده می کنم به خصوص وقتی از خانه بیرون می روم فکر می کنم بتوانم ۱۵ قدم و یا ۲۰ ثانیه بدون کمک طی کنم اما اگر بخواهم بیش از ۷۰ قدم را طی کنم حتما به عصا نیاز دارم.
۶	F برای طی مسافت ۱۵ قدم حتما باید از وسایل کمکی نظیر عصا یا و اگر استفاده کنم می توانم در ۵ دور خانه و یا گرفتن وسایل منزل یا دیوار طی کنم اگر بخواهم از خانه بیرون بروم حتما باید صندلی چرخدار استفاده کنم.
۶/۵	G برای آن که بتوانم ۱۵ قدم راه بروم باید از ۲ عصا یا و اگر استفاده کنم برای مسافت های طولانی تر بایستی از صندلی چرخدار استفاده کنم.
۷ تا ۸	H برای جا به جا شدن باید از صندلی چرخدار استفاده کنم شاید بتوانم بایستم و با کمک یک پا دو قدم بردارم ولی حتی با کمک عصا یا و اگر هم نمی توانم ۱۵ قدم راه بروم.
۸/۵ تا ۹/۵	I برای تمامی کارها باید از ویلچر استفاده کنم اما نمی توانم بیش از یک ساعت روی صندلی چرخدار بنشینم و مجبورم وقت خود را در رختخواب سپری کنم.

پرسشنامه بهزیستی روانی

کاملا مخالفم	تا حدی مخالفم	موافقم	مخالفم	تا حدی مخالفم	کاملا مخالفم	سوالات
						۱ به طور کلی احساس می‌کنم من مسئول وضع زندگی کنونی ام هستم.
						۲ هنگامی که جریان زندگی خود را مرور می‌کنم، از آنچه روی داده خشنود می‌شوم.
						۳ حفظ روابط صمیمی برای من مشکل است و احساس ناکامی می‌کنم.
						۴ نیازهای زندگی روزمره، اغلب مرا از پای در می‌آورد.
						۵ من برای حال زندگی می‌کنم و واقعا به آینده فکر نمی‌کنم.
						۶ من بسیاری از مسئولیت‌های زندگی روزانه ام را به خوبی مدیریت می‌کنم.
						۷ فکر می‌کنم داشتن تجارب جدیدی که تفکر فرد را درباره خود و جهان به چالش می‌کشد مهم است.
						۸ بیش تر جنبه‌های شخصیت خود را دوست دارم.
						۹ افراد مصمم بر من تاثیر می‌گذارند.
						۱۰ در بسیاری جهان از موفقیت‌هایم در زندگی احساس ناامیدی می‌کنم.
						۱۱ افراد مرا به عنوان فردی بخشنده و علاقمند به صرف وقت با دیگران، توصیف می‌کنند.
						۱۲ به نظرات خود اطمینان دارم، اگرچه آنها بر خلاف نظر جمع باشد.
						۱۳ روابط خیلی گرم و همراه با اعتماد زیادی را با دیگران تجربه نکرده‌ام.
						۱۴ بعضی از افراد بی‌هدف، زندگی خود را سپری می‌کنند؛ اما من از آن دسته از افراد نیستم.
						۱۵ برای من، زندگی یک فرایند مستمر یادگیری، تغییر و رشد است.
						۱۶ بعضی اوقات احساس می‌کنم که همه آنچه را باید در زندگی انجام دهم، انجام داده‌ام.
						۱۷ مدت‌هاست از تلاش برای ایجاد بهبودها و تغییرات زیاد در زندگی ام دست کشیده‌ام
						۱۸ خود را آنگونه که فکر می‌کنم مهم است، قضاوت می‌کنم؛ نه بر اساس ارزش‌هایی که برای دیگران مهم است.