

مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

شاهلا فرهاد بروجنی^۱، رضا احمدی^۲، احمد غضنفری^۳، طیبه شریفی^۴

The effectiveness of mindfulness-based and motivational interviewing group therapy on pain self-efficacy and distress tolerance in patients with multiple sclerosis

Shahla Farahzad Bourojeni¹, Reza Ahmadi², Ahmad Ghazanfari³, Tayebeh Sharifi⁴

چکیده

زمینه: کیفیت زندگی افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تحت تأثیر بیماری آنها قرار می‌گیرد زیرا با مشکلات عصبی بی‌شماری همراه است، حالی که در بررسی اثربخشی آموزش این نوع از برنامه‌ها بر خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز شکاف تحقیقاتی وجود دارد. **هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه‌درمانی مصاحبه انگیزشی بر خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه گواه بود. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهرستان بروجن بود که به مرکز شهید وفايي تا سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده بودند. از بین ۱۳۸ نفر بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، ۳۶ بیمار با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفتند. مداخله گروه درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (کابات زین و همکاران، ۱۹۹۲) در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و گروه درمانی مصاحبه انگیزشی (دیوید روزن گرین، ۲۰۰۵) در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در گروه آزمایش اجرا شد. ابزارهای پژوهش، شامل پرسشنامه‌های خودکارآمدی درد (نیکولاس، ۲۰۰۷) و تحمل پریشانی (سیمونز و گهر، ۲۰۰۵) بود. تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم‌افزار SPSS-22 انجام شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد، گروه‌درمانی ذهن‌آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر افزایش خودکارآمدی درد ($p=0/002$) تأثیر معناداری داشت، همچنین، گروه‌درمانی ذهن‌آگاهی و مصاحبه انگیزشی نیز بر افزایش تحمل پریشانی ($p=0/001$) تأثیر معناداری داشت، اما بین اثربخشی گروه‌درمانی ذهن‌آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تفاوت معناداری وجود نداشت. پژوهش حاضر نشان داد گروه‌درمانی ذهن‌آگاهی و مصاحبه انگیزشی، میزان خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس را بهبود می‌بخشد. بر این اساس، بیماران در فرآیند گروه‌درمانی ذهن‌آگاهی و مصاحبه انگیزشی، یاد می‌گیرند به فرآیند ذهنی از طریق آموزش راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی آگاهی یابند، و در این مسیر، میزان تحمل پریشانی و خودکارآمدی درد را بهبود می‌دهند. **نتیجه‌گیری:** اثربخشی گروه درمانی ذهن‌آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر خودکارآمدی درد، تاب‌آوری، تحمل پریشانی و اجتناب تجربه‌ای بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مؤثر است. **واژه کلیدی‌ها:** بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، تحمل پریشانی، خودکارآمدی درد، گروه‌درمانی ذهن‌آگاهی، گروه‌درمانی مصاحبه انگیزشی.

Background: Multiple sclerosis (MS) can affect the quality of life in individuals with this illness by posing numerous nervous disorders. Clearly, there is a gap in studying the efficacy of educational programs about pain self-efficacy and distresses tolerance in patients with MS. **Aims:** In this study, the aim was to investigate the difference between the efficiency of mindfulness-based group therapy and motivational interviewing efficiency regarding pain self-efficacy and distresses tolerance in patients with MS. **Methods:** This quasi-experimental study was conducted using a control group pre-test, post-test, and follow up design. The population included all patients with MS who were referred to Shahid Vafae center in Boroujen, Iran, by 2019. Among the 138 patients with MS, a total of 36 were selected through convenience sampling and placed in the experimental and control group via using the random assignment method. An intervention program (Kabat-Zinn et al., 1992) associated with mindfulness-based group therapy was held for 12 sessions, each session lasted 90 min. For the experimental group, the researcher held 12 sessions of 90 minutes using motivational interviewing group therapy (David Rosengren, 2005). The instruments used in this study were the pain self-efficacy questionnaire (Nikolas, 2007) and the distress tolerance questionnaire (Simons and Gaher, 2005). To perform data analysis, an analysis of variance on repeated measure design was used via SPSS software version 22. **Results:** It was found that both the mindfulness-based group therapy and the motivational interviewing group therapy were significantly correlated with the pain self-efficacy variable ($p=0.002$). Another significant association was also found between the distresses tolerance variable and both mindfulness-based group therapy and the motivational interviewing group therapy ($p=0.001$). Yet, there was seen no significant difference between the efficiency of mindfulness-based group therapy and that of the motivational interviewing group therapy in the pain self-efficacy and distresses tolerance of patients with MS. The present study showed that both mindfulness-based group therapy and motivational interviewing group therapy improve the rate of pain self-efficacy and distress tolerance in MS patients. Throughout the process of mindfulness- and motivational interviewing group therapy, patients learn to become aware of their mental processes through behavioral, cognitive, and metacognitive strategies. Such a process also helps them improve their pain self-efficacy and distresses tolerance. **Conclusions:** the mindfulness-based group therapy and the motivational interviewing group therapy can effectively influence the pain self-efficacy, tolerance, distresses tolerance, and experiential avoidance of patients with MS. **Key Words:** Patients multiple sclerosis (ms); distresses tolerance; pain self-efficacy; mindfulness-based group therapy; motivational interviewing group.

Corresponding Autho: rozgarden28@yahoo.com

^۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

^۱. Ph.D Student Psychology, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

^۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران (نویسنده مسئول)

^۲. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran (Corresponding Author)

^۳. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

^۳. Associate Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

^۴. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

^۴. Associate Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

مقدمه

نامیدی، افسرده کننده، و گاه افکار خودکشی می شوند (برآدن و سالیوان، ۲۰۰۸) در بیماران مولتیپل اسکلروزیس نیز می تواند این امر صادق باشد، زیرا آنان نیز با دردی مداوم، ناتوان کننده و چندجنبه ای روبه رو هستند که در کنترل آن شکست می خورند. عوامل روانشناختی می تواند نقش مهمی در کاهش میزان شدت درد در این بیماران داشته باشد. یکی از عوامل روانشناختی که می تواند بر میزان دردی که فرد تجربه می کند، اثر بگذارد، خودکارآمدی درد است (کارپینو، ۲۰۱۴). افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، به دلیل کاهش عملکرد و توانمندی خود، شروع به کنارگیری از جمع دوستان می کنند و به دلیل بازخوردهای منفی، از روابط بین فردی آنها کاسته می شود. در بررسی ادبیات پژوهشی عوامل فشارزای زیست روانشناختی مربوط به درد، خودکارآمدی درد به عنوان یکی از عوامل شناختی مهم و مرتبط توصیف شده است (کارپینو، ۲۰۱۴). نیکولاس (۲۰۰۷) مفهوم خودکارآمدی درد را معرفی کرد و آن را باورهایی اتخاذ شده در افراد با درد مزمن تعریف کرد که می توانند منجر به فعالیت های خاصی حتی در زمان تجربه درد شوند و به طور بالقوه بر توانایی برای دستیابی به اهدافی که در اثر بیماری یا ناتوانی مانع می شوند، تأثیر می گذارد (کارکولا، سینیکجو، فلینک، هونکالامپی و کوتینن، ۲۰۱۸) و نقش عمده ای در سازگاری با درد مزمن از جمله بیماری مولتیپل اسکلروزیس ایفا می کند (نیکولاس، مک گیر و اصغری، ۲۰۱۵). توانایی ادراک شده برای انجام فعالیت های خاص با وجود درد، به سطح بیماری بستگی دارد (چیاروتو، فالو، پولی و مونتیکونه، ۲۰۱۸). با این وجود، خودکارآمدی درد به عنوان یک منبع روانشناختی محافظت کننده یا عامل تاب آوری مرتبط با درد کمتر و کارکرد جسمانی بهتر توصیف شده است (کارپینو، ۲۰۱۴). با توجه به این ناتوانی های که رخ می دهد مفهوم خودکارآمدی درد با تغییر نگرش افراد نسبت به خود و درد، ممکن است این اطمینان را به افراد دهد که آنان می توانند رفتارهای خاصی از خود نشان دهند، هیجانات خود را مدیریت کنند، با موقعیت های دشوار زندگی روبه رو شوند و حمایت های اجتماعی به دست بیاورند (بندورا، ۲۰۰۶). بنابراین، شخص کمتر دچار نشانه های افسردگی، ناامیدی و رفتارهای خودکشی می شود.

همچنین، بروز بیماری بالاخص بیماری مزمن همان گونه که خودکارآمدی درد افراد را کاهش می دهد، سبب پریشانی در افراد نیز می گردد. هنگامی که فرد نسبت به کارآمدی، توانایی و استعداد

در سال های اخیر بیماری مولتیپل اسکلروزیس^۱، شیوع بسیاری در کشورمان داشته است، به گونه ای که انجمن ام.اس در سال ۱۳۹۶ اعلام کرده است که در ایران ۷۴۴۳۲ نفر مبتلا به این بیماری هستند (تقی لو، مکوندحسینی، صداقت، ۱۳۹۶). این بیماری می تواند در توانایی قسمت هایی از سیستم عصبی که مسئول ارتباط هستند، اختلال ایجاد کند و باعث به وجود آمدن علائم و نشانه های زیاد جسمانی شود. این بیماری به اشکال مختلف ظاهر می شود و علائم جدید آن یا به صورت عود مرحله ای (به شکل برگشتی) یا در طول زمان (به شکل متناوب) اتفاق می افتد. ممکن است در بین عود، نشانه بیماری به کلی از بین برود؛ با این وجود مشکلات عصبی دائمی به ویژه با پیشرفت بیماری در مراحل بعدی به طور مداوم اتفاق می افتد (مورگانت، فراسر، هادیمیشل و ولمر، ۲۰۰۴). این بیماری مزمن به دلیل آنکه با مشکلات بیشمار عصب شناختی همراه است، کیفیت زندگی مبتلایان را تحت تأثیر قرار می دهد. به گونه ای که این بیماری می تواند منجر به از دست دادن کار و کاهش مشارکت در فعالیت های اجتماعی شود و به طور کلی، تأثیر منفی بر زندگی حرفه ای و اجتماعی افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس داشته باشد (میودوسکوسکی، مک لین، پولین، اسمیت و ولکر، ۲۰۱۸). علاوه بر کیفیت زندگی پایین، عملکرد اجتماعی ضعیف (آکاس و دیارا، ۲۰۱۱)، مشکلات عاطفی، افزایش اضطراب (بلوجیواس و همکاران، ۲۰۰۳) در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس دیده شده است. چند جنبه ای روانشناختی که در این بیماران وجود دارد و در ایران کمتر بدان ها اشاره شده است خودکارآمدی درد^۲ و تحمل پریشانی^۳ است و این امر در تحقیقات اخیر نشان داده شده است که هدف از درمان علاوه بر برطرف کردن نشانه های فیزیکی بیمار، بهبود کلی بهزیستی روانشناختی و سلامت روان این بیماران است (حسین زاده فیروزآباد و همکاران، ۱۳۹۵؛ به نقل از پورنقاش تهرانی، مرتضوی فر، مرتضوی فر، ۱۳۹۹). از این رو، پرداختن به جنبه های روانشناختی این بیماران لازم و مهم به نظر می رسد.

آنچه که در بیماران مبتلا به درد مزمن دیده می شود، آن است که آنان به دلیل شکست در رهایی از درد، دچار افکار منفی،

1. Multiple Sclerosis

2. pain self -efficacy

3. Distress Tolerance

بعد از آموزش مراقبه ذهن آگاهی بوده است (چهاروتو و همکاران، ۲۰۱۸؛ هیرن و همکاران، ۲۰۱۱).

با توجه به سه سطح کارکرد ذهن آگاهی در رفتار، عصب - روانشناختی و مغزی تکنیک‌های ذهن آگاهی فعال شدن ناحیه‌ای از مغز را در پی دارند که بر متغیرهایی از جمله تحمل پریشانی، مدیریت زندگی، مقابله‌ی مسئله‌مدار، تغییر باورها در افراد تمرکز می‌کند (استین و همکاران، ۲۰۰۹). به عبارت دیگر، زمانی که فرد می‌تواند توجه خود را کنترل کند، واکنش‌های خودکار را کاهش دهد، کارکرد اجرایی مطلوبی داشته باشد و بهبود در فعالیت مدارهای پریشانی مغز را تجربه کند و در نهایت کیفیت زندگی مطلوبی را به دست می‌آورد؛ زیرا تمامی این کارکردها با زندگی روزمره انسان در ارتباط نزدیک هستند. توجه، تمرکز، حافظه، حل مسئله، تصمیم‌گیری و سایر اعمال ارادی کارکردهای اجرایی را شامل و در قسمت پریشانی مغز فعال می‌شوند. از این رو، مکانیزم اثر ذهن آگاهی بر مؤلفه‌های روانشناختی از طریق فعال کردن و بهبود دادن عملکرد ناحیه پریشانی مغز می‌تواند باشد و انتظار می‌رود درمان مبتنی بر ذهن آگاهی قادر باشد میزان تحمل پریشانی را افزایش دهد. همچنین، در زمینه‌ی تأثیرپذیری خودکارآمدی درد از مداخله ذهن آگاهی می‌توان متذکر شد که در ذهن آگاهی فرد توانایی تنظیم هیجان را یاد می‌گیرد و همچنین با بهبود کارکردهای عالی شناختی (کیل پاتریک و همکاران، ۲۰۱۱)، شخص می‌تواند باورهای خود را در مورد خود اصلاح کند، بهتر به حل مسئله پردازد و به عبارت بهتر خودکارآمدی درد را تجربه کند. در بستر نظری نیز به دلیل آنکه مفاهیم خود همگی در نظریه شناختی - اجتماعی ریشه دارند و این نظریه با کارکردهای عالی ذهن در ارتباط است، مداخلات ذهن آگاهی می‌تواند باعث بهبود این مؤلفه‌ها شوند. همچنین، میودوسوسکی و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهش خود نشان داد مولتیپل اسکروز (MS) یک بیماری مزمن، پیشرفته، خود ایمنی و اختلال نوروزنیک است که می‌تواند با عملکرد فیزیکی - روانی و تأثیر منفی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را تحت تأثیر قرار دهد. پرورش ذهنیت ممکن است پیامدهای منفی مولتیپل اسکروز را کاهش دهد و مداخلات ذهن آگاهی بر افزایش سلامتی در افراد مبتلا به مولتیپل اسکروز بود. اورکی و سامی (۱۳۹۵) در پژوهش خود با عنوان بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه بر میزان

خود در هر شرایط و یا در موقعیت‌هایی که در آنها مورد ارزشیابی قرار می‌گیرد، به‌خصوص در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروز پس دچار نگرانی، تشویش و تردید شود و می‌توان گفت که دچار پریشانی شده‌اند. پریشانی ممکن است نتیجه‌ی فرآیندهای شناختی و جسمانی باشد (سیمونز و گهر، ۲۰۰۵). از این رو، تحمل پریشانی به عنوان توانایی برای تحمل حالت‌های فیزیولوژیکی آزارنده (مک کیلوپ و دویت، ۲۰۱۳) و توانایی فرد برای ادامه درگیر شدن در رفتار هدایت شده در مقابل اختلال احساسی، شناختی یا فیزیکی تعریف می‌شود (دوگرتز و همکاران، ۲۰۱۷). به بیان بهتر، به عنوان ظرفیت و توانایی تجربه و ایستادگی در برابر حالات روانشناختی منفی تعریف می‌شود. تحمل پریشانی سازه‌ای فوق هیجانی است که ارزیابی‌ها، انتظارات و پیش بینی‌های فرد را از تجربه حالات هیجانی منفی در رابطه با قابلیت پذیرش داشتن و آزارندگی، ارزیابی و مقبولیت، توانایی جلب توجه و اختلال عملکرد و تنظیم هیجانی، درگیر می‌کند (سیمونز و گهر، ۲۰۰۵).

در سال‌های اخیر تلاش‌هایی در جهت بهبود پیامدهای نامطلوب بیماران مولتیپل اسکروز صورت گرفته است. اما با توجه به این که، تحمل پریشانی به صورت ضمنی اشاره به فردیت شخص دارد، زیرا بر ویژگی‌های همچون توانایی تجربه، ایستادگی در برابر حالات روانشناختی و تنظیم هیجان که توسط شخص انجام می‌شود، اشاره دارد (سیمونز و گهر، ۲۰۰۵) و همچنین، در کنار تحمل پریشانی، خودکارآمدی درد قرار دارد که به باور به توانایی فردی جهت غلبه بر درد اشاره دارد (کارپینو، ۲۰۱۴)، یعنی تمامی این موارد به نوعی انگیزه درونی و حس خودمختاری برای تغییر نیازمند هستند، از این رو، یکی از روش‌هایی که در افزایش انگیزش بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروز برای تبعیت از توصیه‌های درمانی مؤثر است، ذهن آگاهی^۱ است. در آموزش ذهن آگاهی سه سطح کارکرد رفتاری، عصب - روانشناختی و مغزی بهبود پیدا می‌کند؛ در سطح رفتاری، مراقبه ذهن آگاهی بر افزایش توانایی کنترل توجه و کاهش واکنش‌های خودکار تمرکز دارد. در سطح عصب - روانشناختی، تحقیقات نشان می‌دهد که مراقبه ذهن آگاهی کارکرد اجرایی را بهبود می‌بخشد (هیرن و همکاران، ۲۰۱۱) و در سطح مغزی شواهد نشان‌دهنده تغییرات در فعالیت‌های مدارهای پریشانی - جسم مخطط

^۱. Mindfulness

به جای ارائه استدلال، اطلاعات، توصیه، ترغیب و اجبار از طریق فرآیند تعاملی و طی دو مرحله ایجاد انگیزه درونی برای تغییر و تقویت تعهد نسبت به تغییر باعث تسهیل تغییرات رفتاری می‌شود (رولینگ، میلر و باتلر، ۲۰۰۸). هدف این تکنیک، برقراری ارتباط بین بیمار و مراقبان بهداشتی و ترغیب بیماران برای تغییر رفتارشان است (ما، زو، و هوانگ، ۲۰۱۴).

نظر به استفاده روزافزون از رویکرد مصاحبه انگیزشی در سایر کشورها و گزارشات متعدد مبنی بر تأثیر مثبت آن در درمان، مراقبت و پیشگیری از انواع اختلالات جسمی، روانشناختی و ارتقاء رفتارهای بهداشتی، لازم است تا این رویکرد درمانی در حیطه‌های مختلف در کشور ما نیز مورد بررسی قرار گیرد، از آنجایی که راهبردهای مصاحبه انگیزشی بیشتر ترغیب کننده و حمایتی هستند تا اجباری، مشاور سعی می‌کند فضای مثبتی برای تغییر مراجع ایجاد کند. برای مثال نظری کمال و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهش خود با عنوان اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر افزایش میزان مشارکت بیماران مولتیپل اسکلروزیس در فعالیت ورزشی نشان داد، میزان سلامت روانی و احساسات بیماران نسبت به ورزش در گروه آزمایشی تفاوت معناداری داشت. مصاحبه انگیزشی میزان مشاکت بیماران در فعالیت‌های ورزشی را افزایش می‌دهد و می‌تواند به بیماران مولتیپل اسکلروزیس در بهبود روند بیماری کمک می‌کند. همچنین، در مطالعه‌ای که توسط بومباردیر و همکاران (۲۰۰۸) با هدف بررسی تأثیر مصاحبه انگیزشی به صورت مشاوره تلفنی بر بهبودی رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام گرفت، بهبودی معناداری را در رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی و حیطه‌های آن و سلامت روانی در نتیجه مداخله مذکور در گروه آزمون نشان داد. در واقع، هدف اصلی، افزایش انگیزه درونی مراجع است، تا جایی که تغییر از درون فرد به وجود آید نه این که به طور سطحی از بیرون به او تحمیل شود. لذا این مراجع است که از حق خود برای تغییر دفاع می‌کند نه این که درمانگر او را به این کار وادار کند. به نظر می‌رسد با افزایش انگیزه درونی افراد، میزان تحمل پریشانی افراد (توانمندی‌های هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها در راستای کاهش پریشانی) و باور به توانمندی‌های شخصی در زمینه‌ی مدیریت و برخورد با انواع درد بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس افزایش می‌یابد.

ادراک بیماری و شدت بیماری در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نشان داد که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه بر میزان ادراک بیماری تأثیر معنادار داشته و باعث ارتقای سطح ادراک صحیح و واقع‌بینانه از بیماری شده است. علاوه بر آن، ساندرز، هانس و بوردت (۲۰۱۸) در پژوهش با عنوان تأثیر کاهش استرس مبتنی بر ذهنی یا ذهن آگاهی برای افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در ۸ هفته و ۱۲ ماه با یک تست بالینی تصادفی به بررسی استرس ادراک شده، اضطراب، افسردگی، خستگی، درد و انعطاف‌پذیری پرداخت، نتایج بهبود را در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه نشان داد. براون، رایان و کرسول (۲۰۰۷) در مطالعه‌ای نشان دادند که ذهن آگاهی با بهزیستی رابطه‌ای مثبت و با پریشانی عمومی رابطه‌ای منفی دارد؛ یعنی ذهن آگاهی منجر به کاهش پریشانی می‌گردد و عبارتی تحمل پریشانی آنها را بالا می‌برد. همچنین تعدیل کننده بین خود گواهی و علائم روانشناختی می‌باشد. برای آنکه بتوان اثر مداخله ذهن آگاهی در این مؤلفه‌های روانشناختی مشخص گردد؛ لازم است در کنار این مداخله از مداخله‌ی دیگری استفاده کرد تا بتوان به صورت دقیق‌تر در زمینه‌ی مؤثر بودن مداخله ذهن آگاهی قضاوت کرد. بنابراین، لازم بود از مداخله دیگر در این پژوهش استفاده کرد. مداخله منتخب می‌بایست بتواند با سازه‌های خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی در ارتباط باشد. زمانی که به ساختار این مؤلفه‌ها توجه می‌شود خودکارآمدی درد دارای مفهوم خود است که فردیت افراد در توانایی روبه‌رو شدن با موقعیت‌های چالش برانگیز را شامل می‌شود (کارکولا، همکاران، ۲۰۱۸). همچنین، تحمل پریشانی نیز به صورت ضمنی اشاره به فردیت شخص دارد زیرا بر ویژگی‌های همچون توانایی تجربه، ایستادگی در برابر حالات روانشناختی و تنظیم هیجان که توسط شخص انجام می‌شود، اشاره دارد (سیمونز و گهر، ۲۰۰۵). از این رو، یکی از روش‌هایی که در افزایش انگیزش بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس برای تبعیت از توصیه‌های درمانی مؤثر است، مصاحبه انگیزشی^۱ است. مصاحبه انگیزشی روشی رهنمودی و در عین حال مراجع محور است که مبانی آن بر مشارکت بیمار، فراخوانی انگیزه درونی وی و احترام به حس خودمختاری مراجعین پایه‌گذاری شده است. این رویکرد انگیزشی

^۱. motivational interviews

تا سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده بودند. از بین ۱۳۸ نفر بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، ۳۶ بیمار با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفتند. در مرحله پیش‌آزمون برای هر سه گروه پرسشنامه‌های خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی اجرا شد، سپس در یک گروه آزمایش، مداخله به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، بسته گروه‌درمانی ذهن‌آگاهی (کابات زین و همکاران، ۱۹۹۰) اجرا شد و در گروه آزمایش دیگر، مداخله به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، بسته گروه‌درمانی مصاحبه انگیزشی (دیوید روزن گرین ۲۰۰۵؛ به نقل از علی‌دوست و کیان‌ارثی، ۱۳۹۲) اجرا شد، اما گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد و پس از مداخلات شرکت‌کنندگان هر سه گروه به پرسشنامه‌های خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی پاسخ دادند (پس‌آزمون). در نهایت پس از گذشت دو ماه، از شرکت‌کنندگان در پژوهش پرسشنامه‌های خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی گرفته شد.

ابزار

پرسشنامه خودکارآمدی درد^۱: جهت سنجش خودکارآمدی درد از پرسشنامه خودکارآمدی درد (نیکولاس، ۲۰۰۷) بر پایه مفهومی که بندورا از خودکارآمدی مطرح کرده است، استفاده شد. پرسشنامه خودکارآمدی درد، ارزیابی بیمار از توانایی‌اش در انجام فعالیت‌های گوناگون علیرغم وجود درد را می‌سنجد و دارای ۱۰ عبارت است و هر عبارت، میزان ارزیابی بیمار از توانایی وی را برای انجام گروهی از فعالیت‌ها، با وجود درد بر اساس یک مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای (صفر تا شش (مورد پرسش قرار می‌دهد. بنابراین نمرات این مقیاس بین صفر تا ۶۰ متغیر است و نمرات بالاتر مبین احساس خودکارآمدی بالاتر در مواجهه با درد مزمن خواهد بود. از آنجایی که پرسشنامه خودکارآمدی درد یک مقیاس تک‌عاملی است، برای به دست آوردن نمره آن کافی است، امتیاز همه ۱۰ عبارت با هم جمع شود. نیکولاس (۲۰۰۷) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ را به عنوان شاخصی از همسانی درونی این آزمون و همبستگی مثبت این آزمون را با خرده‌مقیاس راهبردهای مقابله‌ای فعال به عنوان شاخصی از روایی همگرا و همبستگی منفی این آزمون را با درجه‌بندی درد، پرسشنامه‌های افسردگی بک، اضطراب

با توجه به این که ذهن‌آگاهی و مصاحبه انگیزشی مستلزم راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرآیند توجه است که به نوبه خود به جلوگیری از ماریج فروکاهنده خلق منفی - فکر منفی - گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده، رشد دیدگاه‌های جدید و پدیدآیی افکار و هیجان‌های خوشایند منجر می‌شود و مواجهه با تمام جنبه‌های زندگی، حتی جنبه‌های دردناک را میسر می‌سازد و به فرد این توانایی را می‌دهد که به جای پاسخ خودکار پاسخی از روی آگاهی بدهد (کامپوس و همکاران، ۲۰۱۶)، این انتظار ایجاد می‌شود که گروه‌درمانی ذهن‌آگاهی و مصاحبه انگیزشی قادر خواهند بود در بهبود توانمندی‌های هیجانی و رفتاری از جمله تحمل پریشانی و خودکارآمدی درد اثرگذار باشد. با توجه به این که جنبش گروه‌درمانی ذهن‌آگاهی و مصاحبه انگیزشی از سال‌ها پیش در جوامع پیشرفته آغاز بکار کرده است و پژوهش‌های بسیار زیادی را نیز برانگیخته است، به گونه‌ای که گروه‌درمانی ذهن‌آگاهی و مصاحبه انگیزشی و مطالعه تأثیر آن بر حوزه‌های مختلف شناختی، هیجانی و اخلاقی افراد یکی از حوزه‌های بسیار وسیع در پژوهش‌های جوامع پیشرفته است، و همچنین، با وجود این گستردگی، متأسفانه تاکنون در کشور ما توجه کافی به این مقوله نشده است و تعداد پژوهش‌های انجام‌شده در این زمینه، نسبت به جوامع دیگر ناچیز است، به‌ویژه کمتر پژوهشی در حوزه روانشناسی بالینی به این موضوع پرداخته است، این در حالی است که بسیاری از متخصصان حوزه‌ی بالینی اذعان دارند که میزان تحمل پریشانی و خودکارآمدی درد بیماران مولتیپل اسکلروزیس در سطح مطلوبی نمی‌باشد (دوگترز و همکاران، ۲۰۱۷)، بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پرکردن این خلاء پژوهشی است که آیا آموزش «گروه‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه‌درمانی مبتنی بر مصاحبه انگیزشی» بر خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهرستان بروجن تأثیر دارد؟

روش

بر اساس اهداف طراحی‌شده، این پژوهش از نوع تحقیقات کاربردی و به لحاظ روش، شبه‌آزمایشی و با بهره‌گیری از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون- پیگیری با گروه گواه بود. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهرستان بروجن در استان چهارمحال و بختیاری بود که به مرکز شهید وفایی

^۱. Pain Self-Efficacy Questionnaire

مبنای گروه‌درمانی ذهن‌آگاهی، بسته گروه‌درمانی ذهن‌آگاهی (کابات زین، ۱۹۹۰) بود که جلسات آموزشی به صورت خلاصه در جدول ۱ ارائه شده است.

همچنین، مبنای گروه‌درمانی مصاحبه انگیزشی، بسته گروه درمانی مصاحبه انگیزشی (دیوید روزن گرین ۲۰۰۵؛ به نقل از علی دوست و کیان‌ارثی، ۱۳۹۲) بود که جلسات آموزشی به صورت خلاصه در جدول ۲ ارائه شده است.

پرسشنامه‌های تحمل پریشانی و خودکارآمدی درد در اختیار افراد گروه نمونه قرار گرفت و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات‌شان محرمانه خواهد ماند و تنها فقط جهت کار پژوهشی جمع‌آوری می‌شود و تأکید شد که صادقانه به سؤالات پاسخ دهند. همچنین، در پایان پژوهش به لحاظ رعایت اخلاق برای گروه گواه کارگاه مشابه اجرا گردید. لازم به ذکر است در این پژوهش، پژوهشگر بعد از کسب تأییدیه از کمیته اخلاق، با شماره IR.IAU.SHK.REC.1399.013 فرآیند تحقیق را انجام داد. در نهایت، پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، اطلاعات توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شدند. برای آزمون فرضیه پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

حالت - صفت اسپیلبرگر، خرده‌مقیاس راهبردهای مقابله‌ای نافع و خرده‌مقیاس فاجعه‌سازی به عنوان شاخصی از روای واگرا گزارش کرد. در ایران برای بررسی اعتبار پرسشنامه اصغری و نیکولاس (۲۰۰۹) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ را به عنوان شاخصی از همسانی درونی و همبستگی منفی بین خودکارآمدی درد با افسردگی ($r = -0/48$) و ناتوانی جسمانی ($r = -0/40$) به عنوان شاخصی از روای واگرا و همبستگی مثبت بین سلامت روانشناختی و عمومی ($r = -0/42$)، سرزندگی ($r = -0/51$) و عملکرد اجتماعی ($r = -0/43$) به عنوان شاخصی از روای همگرا گزارش کردند. در این پژوهش، برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب ۰/۸۶ به دست آمد.

پرسشنامه تحمل پریشانی^۱: این مقیاس یک پرسشنامه خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که در سال ۲۰۰۵ تهیه شده است (سیمونز و گهر، ۲۰۰۵). گویه‌های این مقیاس تحمل پریشانی را بر اساس توانمندی‌های فرد برای تحمل پریشانی هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی، میزان توجه به هیجان‌های منفی در صورت وقوع و اقدام‌های تنظیم‌کننده برای تحمل پریشانی ارزیابی می‌کنند. این مقیاس شامل ۱۵ پرسش و چهار خرده‌مقیاس توانمندی‌های فرد برای تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان‌های منفی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها در راستای کاهش پریشانی می‌شود. گویه‌های این مقیاس بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند. نمره‌های بالا در این مقیاس نشان دهنده تحمل پریشانی بالا است. ضرایب آلفا برای این خرده‌مقیاس‌ها ۰/۷۹، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۶ و برای کل مقیاس‌ها ۰/۸۲ برآورد شده است (سیمونز و گهر، ۲۰۰۵). در ایران پژوهشگران مقدار آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۶۷ و اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه را نیز ۰/۷۹ گزارش کردند (شمس، عزیزی و میرزایی، ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر، برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های توانمندی‌های فرد برای تحمل پریشانی هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی، میزان توجه به هیجان‌های منفی در صورت وقوع و اقدام‌های تنظیم‌کننده برای تحمل پریشانی ارزیابی و کل پرسشنامه به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۹۱، ۰/۸۹، ۰/۸۷، ۰/۹۰ به دست آمد.

^۱. Distress tolerance scale

جدول ۱. ساختار و محتوای گروه‌درمانی ذهن آگاهی (کابات زین و همکاران، ۱۹۹۰)			
جلسات	عنوان جلسات	اهداف جلسات	محتوای جلسات و تکالیف
جلسه اول	معارفه و آشنایی	اجرای پیش‌آزمون - آماده‌سازی مراجعان برای گروه‌درمانی ذهن آگاهی	در این راستا مراجعان نخست با قوانین، هنجارها و فرآیندهای گروه آشنا می‌شوند. در ادامه به معرفی رویکرد درمانی پرداخته می‌شود و مراجعان چشم‌اندازی از فرآیند گروه پیدا می‌کنند که شامل زمان‌بندی، مواد و کاربرگ‌ها، تمرین‌های هفتگی است.
جلسه دوم	آموزش اصول و تکنیک‌های اولیه ذهن آگاهی	مرور جلسات گذشته و گرفتن بازخورد و آموزش هدایت خودکار	خوردن یک کشمش با آگاهی، مراقبه واریسی جسمانی، تمرین افکار و احساسات، بودن در زمان حال، پنج دقیقه حضور ذهن دیداری یا شنیداری، مراقبه نشسته، راه رفتن با حالت حضور ذهن. تکلیف خانگی: انجام و تمرین آموزش‌ها در خانه
جلسه سوم	ادامه آموزش اصول و تکنیک‌های اولیه ذهن آگاهی	مرور جلسه گذشته، بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از جلسه گذشته	پذیرش، آگاهی از تنفس و بدن، تأکید بر آگاهی‌یابی از چگونگی واکنش‌دهی در برابر افکار، احساسات و حس‌های جسمانی، افکار نه حقایق، مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس و بدن، تمرین خلق‌ها، افکار و دیدگاهی جایگزین، آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و احساسات، پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق. تکلیف خانگی: انجام و تمرین آموزش‌ها در خانه
جلسه چهارم	آشنایی با مفهوم اجتناب تجربه‌ای و تحمل پریشانی استفاده از اصول و تکنیک‌های درمان ذهن آگاهی در راستای آن	مرور جلسه گذشته، بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از جلسه گذشته	آشنایی با مفهوم اجتناب تجربه‌ای (انعطاف‌ناپذیری روانشناختی، بویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته)، آشنایی با مفهوم تحمل پریشانی (تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان‌های منفی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها در راستای کاهش پریشانی) و استفاده از اصول و تکنیک‌های درمان ذهن آگاهی هدایت خودکار، مراقبه واریسی جسمانی، آگاهی‌یابی از واکنش‌دهی در برابر افکار، احساسات و حس‌های جسمانی، افکار نه حقایق، تمرین خلق‌ها، افکار و دیدگاه‌های جایگزین و پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق در جهت تمایل نداشتن به تجربه افکار و احساسات ناخواسته، ناتوانی در بودن در زمان حال و حرکت در راستای مفهوم اجتناب تجربه‌ای و افزایش تحمل پریشانی در بیماران. تکلیف خانگی: تن آرامی، ذهن آگاهی خوردن، ذهن آگاهی تنفس قبل از خواب، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق در راستای مفهوم اجتناب تجربه‌ای و تحمل پریشانی
جلسه پنجم	آشنایی با مفهوم خودکارآمدی درد و تاب‌آوری استفاده از اصول و تکنیک‌های درمان ذهن آگاهی در راستای آن	مرور جلسه گذشته، بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از جلسه گذشته	آشنایی با مفهوم خودکارآمدی درد، آشنایی با مفهوم تاب‌آوری (تصور از شایستگی فردی: اعتماد به غریز فردی تحمل عاطفه منفی: پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن: کنترل: تأثیرات معنوی) و استفاده از اصول و تکنیک‌های درمان ذهن آگاهی هدایت خودکار، مراقبه واریسی جسمانی، آگاهی‌یابی از واکنش‌دهی در برابر افکار، احساسات و حس‌های جسمانی، افکار نه حقایق، تمرین خلق‌ها، افکار و دیدگاه‌های جایگزین و پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق در جهت تمایل نداشتن به تجربه افکار و احساسات ناخواسته، ناتوانی در بودن در زمان حال و حرکت در جهت افزایش خودکارآمدی درد و تاب‌آوری تکلیف خانگی: تن آرامی، ذهن آگاهی خوردن، ذهن آگاهی تنفس قبل از خواب، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق در راستای مفهوم خودکارآمدی درد و تاب‌آوری
جلسه ششم	ادامه، تکرار و تمرین جلسه چهارم	مرور جلسه گذشته، بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از جلسه گذشته	تمرین مفهوم اجتناب تجربه‌ای (انعطاف‌ناپذیری روانشناختی، بویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته)، تحمل پریشانی (تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان‌های منفی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها در راستای کاهش پریشانی) و استفاده از اصول و تکنیک‌های درمان ذهن آگاهی هدایت خودکار، مراقبه واریسی جسمانی، آگاهی‌یابی از واکنش‌دهی در برابر افکار، احساسات و حس‌های جسمانی، افکار نه حقایق، تمرین خلق‌ها، افکار و دیدگاه‌های جایگزین و پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق در جهت تمایل نداشتن به تجربه افکار و احساسات ناخواسته، ناتوانی در بودن در زمان حال و حرکت در راستای مفهوم اجتناب تجربه‌ای و افزایش تحمل پریشانی در بیماران. تکلیف خانگی: تن آرامی، ذهن آگاهی خوردن، ذهن آگاهی تنفس قبل از خواب، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق در راستای مفهوم اجتناب تجربه‌ای و تحمل پریشانی
جلسه هفتم	ادامه، تکرار و تمرین جلسه پنجم	مرور جلسه گذشته، بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از جلسه گذشته	تمرین مفهوم خودکارآمدی درد، مفهوم تاب‌آوری (تصور از شایستگی فردی: اعتماد به غریز فردی تحمل عاطفه منفی: پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن: کنترل: تأثیرات معنوی) و استفاده از اصول و تکنیک‌های درمان ذهن آگاهی هدایت خودکار، مراقبه واریسی جسمانی، آگاهی‌یابی از واکنش‌دهی در برابر افکار، احساسات و حس‌های جسمانی، افکار نه حقایق، تمرین خلق‌ها، افکار و دیدگاه‌های جایگزین و پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق در جهت تمایل نداشتن به تجربه افکار

جدول ۱. ساختار و محتوای گروه‌درمانی ذهن آگاهی (کابات زین و همکاران، ۱۹۹۰)

جلسات	عنوان جلسات	اهداف جلسات	محتوای جلسات و تکالیف
جلسه هشتم	ادامه، تکرار و تمرین جلسه ۴ و ۶	مرور جلسه گذشته، بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از جلسه گذشته	و احساسات ناخواسته، ناتوانی در بودن در زمان حال و حرکت در جهت افزایش خودکارآمدی درد و افزایش تاب‌آوری تکلیف خانگی: تن آرامی، ذهن آگاهی خوردن، ذهن آگاهی تنفس قبل از خواب، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق در راستای مفهوم خودکارآمدی درد و تاب‌آوری تمرین مفهوم اجتناب تجربه‌ای (انعطاف‌ناپذیری روانشناختی، بویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته)، تحمل پریشانی (تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان‌های منفی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها در راستای کاهش پریشانی) و استفاده از اصول و تکنیک‌های درمان ذهن آگاهی هدایت خودکار، مراقبه واریسی جسمانی، آگاهی‌یابی از واکنش‌دهی در برابر افکار، احساسات و حس‌های جسمانی، افکار نه حقایق، تمرین خلق‌ها، افکار و دیدگاه‌های جایگزین و پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق در جهت تمایل نداشتن به تجربه افکار و احساسات ناخواسته، ناتوانی در بودن در زمان حال و حرکت در راستای مفهوم اجتناب تجربه‌ای و افزایش تحمل پریشانی در بیماران. تکلیف خانگی: تن آرامی، ذهن آگاهی خوردن، ذهن آگاهی تنفس قبل از خواب، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق در راستای مفهوم اجتناب تجربه‌ای و تحمل پریشانی
جلسه نهم	ادامه، تکرار و تمرین جلسه ۵ و ۷	مرور جلسه گذشته، بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از جلسه گذشته	تمرین مفهوم خودکارآمدی درد، تاب‌آوری (تصور از شایستگی فردی: اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی: پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن: کنترل: تأثیرات معنوی) و استفاده از اصول و تکنیک‌های درمان ذهن آگاهی هدایت خودکار، مراقبه واریسی جسمانی، آگاهی‌یابی از واکنش‌دهی در برابر افکار، احساسات و حس‌های جسمانی، افکار نه حقایق، تمرین خلق‌ها، افکار و دیدگاه‌های جایگزین و پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق در جهت تمایل نداشتن به تجربه افکار و احساسات ناخواسته، ناتوانی در بودن در زمان حال و حرکت در جهت افزایش خودکارآمدی درد و افزایش تاب‌آوری تکلیف خانگی: تن آرامی، ذهن آگاهی خوردن، ذهن آگاهی تنفس قبل از خواب، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق در راستای مفهوم خودکارآمدی درد و تاب‌آوری
جلسه دهم	ادامه، تکرار و تمرین و ادغام جلسات گذشته (یعنی تمرین چهار متغیر بر اساس تکنیک‌ها و اصول ذهن آگاهی)	مرور جلسه گذشته، بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از جلسه گذشته، مرور تکالیف جلسه قبل؛ پس‌آزمون	تمرین مفاهیم اجتناب تجربه‌ای (انعطاف‌ناپذیری روانشناختی، بویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته)، تحمل پریشانی (تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان‌های منفی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها در راستای کاهش پریشانی)، خودکارآمدی درد و مفهوم تاب‌آوری (تصور از شایستگی فردی: اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی: پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن: کنترل: تأثیرات معنوی) و استفاده از اصول و تکنیک‌های درمان ذهن آگاهی در راستای این مفاهیم. تکلیف خانگی: تن آرامی، ذهن آگاهی خوردن، ذهن آگاهی تنفس قبل از خواب، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق در راستای مفهوم اجتناب تجربه‌ای، تحمل پریشانی، خودکارآمدی درد و تاب‌آوری
جلسه یازدهم	ادامه، تکرار و تمرین و ادغام جلسات گذشته یعنی تمرین چهار متغیر بر اساس تکنیک‌ها و اصول ذهن آگاهی)	مرور جلسه گذشته، بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از جلسه گذشته	تمرین مفاهیم اجتناب تجربه‌ای (انعطاف‌ناپذیری روانشناختی، بویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته)، تحمل پریشانی (تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان‌های منفی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها در راستای کاهش پریشانی)، خودکارآمدی درد و مفهوم تاب‌آوری (تصور از شایستگی فردی: اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی: پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن: کنترل: تأثیرات معنوی) و استفاده از اصول و تکنیک‌های درمان ذهن آگاهی در راستای این مفاهیم. تکلیف خانگی: تن آرامی، ذهن آگاهی خوردن، ذهن آگاهی تنفس قبل از خواب، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق در راستای مفهوم اجتناب تجربه‌ای، تحمل پریشانی، خودکارآمدی درد و تاب‌آوری
جلسه دوازدهم	مرور و تمرین، پس‌آزمون	مرور جلسات گذشته، بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از جلسات گذشته	در این جلسه فرد می‌آموزد از آموخته‌هایش برای کنار آمدن با وضعیت‌های مربوط به متغیرهای وابسته و دیگر مسائل در آینده استفاده نماید. اجرای پس‌آزمون، تعیین ملاقات‌های دوره‌ای با گروه آزمایش به منظور ارائه نتایج پس‌آزمون

جلسات	عنوان جلسات	اهداف جلسات	محتوای جلسات و تکالیف
جلسه اول	معارفه و آشنایی	اجرای پیش‌آزمون - آماده‌سازی مراجعان برای گروه درمانی مصاحبه انگیزشی	در این راستا مراجعان نخست با قوانین، هنجارها و فرآیندهای گروه آشنا می‌شوند. در ادامه به معرفی رویکرد درمانی پرداخته می‌شود و مراجعان چشم‌اندازی از فرآیند گروه پیدا می‌کنند که شامل زمان‌بندی، مواد و کاربرگ‌ها، تمرین‌های هفتگی است.
جلسه دوم	بررسی احساسات، سود و زیان‌ها و بررسی دو سوگرایی	مرور جلسه گذشته، گرفتن بازخورد از جلسه گذشته	تمرین شناسایی احساسات، تمرکز و شناخت دو سوگرایی و توازن در تصمیم‌گیری و ارتباط آن با مشکلات اعضای گروه؛ تمرین بارش فکری سود و زیان‌های کوتاه و بلندمدت. تکلیف خانگی تمرین برای یافتن تناقض‌ها و دوسوگرایی‌ها و بررسی احساسات در فرد که به این نتیجه برسد در درون خود جمع اعداد وجود دارد و بررسی گزینه‌های اصلاحی و جایگزین در خانه
جلسه سوم	بازشناسی ارزش‌ها و آشنایی با تفاوت رفتار و ارزش‌ها؛ ارزیابی پایبندی و انگیزه مراجع و تقویت حس خودکارآمدی	مرور جلسه گذشته، بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از جلسه گذشته	تعریف ارزش‌ها، انجام تمرین شناسایی و اولویت‌بندی ارزش‌های درجه یک، تمرین تطابق ارزش و رفتار، ارزیابی مجدد خود و ارزیابی مجدد محیط و چگونگی تأثیر بیماری بر نقش‌های آنها و با استفاده از سؤالات باز؛ خط کش اعتماد؛ مرور موفقیت‌های قبلی؛ بررسی نقاط قوت و توانمندی‌های خود جهت تقویت حس خودکارآمدی. تکلیف خانگی: تهیه لیستی از موفقیت‌ها در جهت حس تقویت خودکارآمدی، مشخص کردن ارزش‌های شخصی مراجعین و تعیین کردن مغایرت ارزش‌های شخصی آنها با رفتارشان و الویت‌بندی رفتار در خانه
جلسه چهارم	آشنایی با مفهوم اجتناب تجربه‌ای و تحمل پریشانی و استفاده از اصول و تکنیک‌های مصاحبه انگیزشی در راستای آن	مرور جلسه گذشته، بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از جلسه گذشته	آشنایی با مفهوم اجتناب تجربه‌ای (انعطاف‌ناپذیری روانشناختی، بویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته)، آشنایی با مفهوم تحمل پریشانی (تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان‌های منفی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها در راستای کاهش پریشانی و استفاده از اصول و تکنیک‌های مصاحبه انگیزشی مانند، سؤالات باز، همدلی، برجسته‌سازی تناقض‌ها، لغزیدن بر مقاومت‌ها، تقویت حس خودکارآمدی، تأیید بیمار در جهت تغییر، گوش دادن انعکاسی، و کلام تغییر و تکنیک‌های مربوط به آن و همچنین تقویت تعهد بر تغییر، تکلیف خانگی: افزایش حس خودکارآمدی، پی بردن برودن به تناقض‌ها و تصمیم‌گیری منطقی در راستای درک و شناخت احساسات خود و الویت‌بندی ارزش‌ها در رابطه با خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی
جلسه پنجم	آشنایی با مفهوم خودکارآمدی درد و تاب‌آوری استفاده از اصول و تکنیک‌های مصاحبه انگیزشی در راستای آن	مرور جلسه گذشته، بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از جلسه گذشته	آشنایی با مفهوم خودکارآمدی درد، آشنایی با مفهوم تاب‌آوری (تصور از شایستگی فردی: اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی: پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن: کنترل: تأثیرات معنوی) و استفاده از اصول و تکنیک‌های مصاحبه انگیزشی مانند، سؤالات باز، همدلی، برجسته‌سازی تناقض‌ها، خلاصه‌سازی، لغزیدن بر مقاومت‌ها، تقویت حس خودکارآمدی، تأیید بیمار در جهت تغییر، گوش دادن انعکاسی، و کلام تغییر و تکنیک‌های مربوط به آن و همچنین تقویت تعهد بر تغییر، تکلیف خانگی: افزایش حس خودکارآمدی، پی بردن برودن به تناقض‌ها در راستای خودکارآمدی درد، درک و شناخت احساسات خود و الویت‌بندی ارزش‌ها در رابطه با خودکارآمدی درد و تاب‌آوری
جلسه ششم	ادامه، تکرار و تمرین جلسه چهارم	مرور جلسه گذشته، بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از جلسه گذشته	تمرین مفهوم اجتناب تجربه‌ای (انعطاف‌ناپذیری روانشناختی، بویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته)، مفهوم تحمل پریشانی (تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان‌های منفی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها در راستای کاهش پریشانی) و استفاده از اصول و تکنیک‌های مصاحبه انگیزشی مانند، سؤالات باز، همدلی، برجسته‌سازی تناقض‌ها، خلاصه‌سازی، لغزیدن بر مقاومت‌ها، تقویت حس خودکارآمدی، تأیید بیمار در جهت تغییر، گوش دادن انعکاسی، و کلام تغییر و تکنیک‌های مربوط به آن و همچنین تقویت تعهد بر تغییر، تکلیف خانگی: افزایش حس خودکارآمدی، پی بردن برودن به تناقض‌ها و تصمیم‌گیری منطقی در راستای درک و شناخت احساسات خود و الویت‌بندی ارزش‌ها در رابطه با خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی
جلسه هفتم	ادامه، تکرار و تمرین جلسه پنجم	مرور جلسه گذشته، بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از جلسه گذشته	تمرین مفهوم خودکارآمدی درد، تاب‌آوری (تصور از شایستگی فردی: اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی: پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن: کنترل: تأثیرات معنوی) و استفاده از اصول و تکنیک‌های مصاحبه انگیزشی مانند، سؤالات باز، همدلی، برجسته‌سازی تناقض‌ها، خلاصه‌سازی، لغزیدن بر مقاومت‌ها، تقویت حس خودکارآمدی، تأیید بیمار در جهت تغییر، گوش دادن انعکاسی، و کلام تغییر و تکنیک‌های مربوط به آن و همچنین تقویت تعهد بر تغییر، تکلیف خانگی: افزایش حس خودکارآمدی، پی بردن برودن به تناقض‌ها و تصمیم‌گیری منطقی در راستای خودکارآمدی درد، درک و شناخت احساسات خود و الویت‌بندی ارزش‌ها در رابطه با خودکارآمدی درد و

یافته‌ها

کننده در پژوهش حاضر در گروه آزمایش ذهن آگاهی به ترتیب ۴۱/۵ و ۹/۵، در گروه آزمایش مصاحبه انگیزشی به ترتیب ۴۳/۵ و ۱۲/۵ و در گروه گواه ۳۸/۵ و ۸/۵ بود. در جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و به تفکیک گروه آزمایش و کنترل گزارش شده است.

در این پژوهش، تعداد ۳۶ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (۱۲ نفر در گروه آزمایشی ذهن آگاهی، ۱۲ نفر در گروه آزمایش مصاحبه انگیزشی و ۱۲ نفر در گروه گواه) مورد پژوهش قرار گرفتند. همچنین، میانگین و انحراف استاندارد سن بیماران شرکت

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		تعداد	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
خودکارآمدی درد	گروه آزمایش ذهن آگاهی	۱۲	۲۴/۶۷	۴/۵۱	۳۶/۴۲	۴/۹۶
	گروه مصاحبه انگیزشی	۱۲	۲۶/۰۸	۵/۳۳	۳۵/۱۷	۴/۸۷
	گروه گواه	۱۲	۲۳/۸۳	۴/۷۸	۲۵/۵۸	۴/۳۴
تحمل پریشانی	گروه آزمایش ذهن آگاهی	۱۲	۳۹/۰۱	۲/۷۳	۵۶/۰۳	۵/۸۱
	گروه مصاحبه انگیزشی	۱۲	۴۰/۵۲	۴/۵۶	۵۴/۳۳	۴/۳۵
	گروه گواه	۱۲	۳۹/۶۷	۲/۸۳	۳۷/۷۵	۵/۶۱

نتایج آزمون‌های چندمتغیری نشان داد که ارائه مداخلات گروه درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی در عامل گروه (۰/۷۶ = مجذور اتا، $p < ۰/۰۰۱$ ، $F = ۹۳/۸۴$ ، $\eta^2 = ۰/۷۶۰$ اثر پیلائی) و در عامل زمان (۰/۷۴ = مجذور اتا، $p < ۰/۰۰۱$ ، $F = ۸۹/۶۹$ ، $\eta^2 = ۰/۷۴۰$ اثر پیلائی) و اثر تعاملی زمان و گروه (۰/۶۸ = مجذور اتا، $p < ۰/۰۰۱$ ، $F = ۸۶/۰۱$ ، $\eta^2 = ۰/۶۸۱$ اثر پیلائی) معنی دار می‌باشد. نتایج آزمون‌های چندمتغیری به صورت کامل در جدول ۴ ارائه شده است. سپس جهت بررسی فرضیه پژوهش، ابتدا اثربخشی متغیرهای مستقل (گروه‌درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی) بر خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهرستان بروجنی مورد آزمون قرار گرفته است.

نتایج جدول تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۵ نشان می‌دهد که میانگین نمرات متغیر خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس فارغ از تأثیر گروه بندی در طی مراحل پس‌آزمون و پیگیری دچار تغییر معنادار شده که این تغییر با مقایسه با پیش‌آزمون یک تفاوت معنادار به شمار می‌رود. از طرفی نتایج گروه‌بندی جدول فوق بیانگر آن است که متغیرهای گروه‌بندی (گروه‌درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی) فارغ از مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بر متغیرهای خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تأثیر معنادار داشته است.

به منظور بررسی فرضیه «بین اثربخشی گروه‌درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهرستان بروجنی تفاوت وجود دارد»، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از به کارگیری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر کلیه مفروضات اعم آن مورد بررسی قرار گرفت. بدین منظور آزمون کالموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش اجرا شد و نتایج نشان داد داده‌های پژوهش نرمال است ($p > ۰/۰۵$). همچنین، با استفاده از نمودار جعبه‌ای که مبنای آن داشتن فاصله‌ای به اندازه حداقل ± ۳ واحد انحراف استاندارد و بیشتر با میانگین است، داده‌ای پرت مورد بررسی قرار گرفت و نتایج این نمودار نشان داد که داده‌های پرتی در نمونه‌های پژوهش وجود ندارد. همچنین، آزمون ام باکس جهت بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس اجرا شد که نتایج معنی‌دار نبود ($F = ۱/۰۷$ ، $p = ۰/۴۹$) و نشان داد که ماتریس‌های کوواریانس متغیر وابسته برای سطوح مختلف متغیر مستقل برابر هستند. همچنین، آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها اجرا شد که نتایج معنی‌دار نبود و نشان داد که همگنی واریانس‌ها نیز برقرار است ($p > ۰/۰۵$). در نهایت مفروضه کرویت با استفاده از آزمون موچلی برای همه متغیرهای پژوهش مورد بررسی اجرا شد و نتایج این آزمون نشان داد که این مفروضه برای کلیه متغیرها برقرار است ($p > ۰/۰۵$).

جدول ۴. نتایج آزمون‌های چندمتغیری جهت بررسی اثربخشی برنامه‌های گروه‌درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی

منبع تغییرات	آزمون	مقدار	F	Sig	مجذور اتا
گروه	اثر پیلای	۰/۷۶۰	۹۳/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶
	لامبدای ویلکز	۰/۲۴۰	۹۳/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶
	اثر هاتلینگ	۲/۸۴۴	۹۳/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶
	بزرگترین ریشه روی	۲/۸۴۴	۹۳/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶
زمان	اثر پیلای	۰/۷۴۰	۸۹/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۷۴
	لامبدای ویلکز	۰/۲۶۰	۸۹/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۷۴
	اثر هاتلینگ	۲/۳۴	۸۹/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۷۴
	بزرگترین ریشه روی	۲/۳۴	۸۹/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۷۴
زمان * گروه	اثر پیلای	۰/۶۸۱	۸۶/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۶۸
	لامبدای ویلکز	۰/۳۱۹	۸۶/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۶۸
	اثر هاتلینگ	۲/۱۴	۸۶/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۶۸
	بزرگترین ریشه روی	۲/۱۴	۸۶/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۶۸

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تأثیرات درون‌گروهی و بین‌گروهی تأثیر گروه‌درمانی ذهن آگاهی بر خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
خودکارآمدی درد	مراحل	۱۲۲۲/۲۴	۲	۶۱۱/۱۲	۲۵/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۳
	گروه‌بندی	۱۳۶۰/۰۱	۲	۶۸۰/۰۱	۳۶/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۶۸
	تعامل زمان و گروه‌بندی	۴۵۷/۸۱	۴	۱۱۴/۴۵	۴/۷۵	۰/۰۰۲	۰/۲۲
	خطا	۱۵۸۹/۹۴	۶۶	۲۴/۰۹			۰/۹۴
تحمل پریشانی	مراحل	۲۰۶۵/۷۹	۲	۱۰۳۲/۸۹	۵۰/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۶۱
	گروه‌بندی	۳۱۸۵/۶۸	۲	۱۵۹۲/۸۴	۱۵۹/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۷۲
	تعامل زمان و گروه‌بندی	۱۳۳۰/۶۴	۴	۳۳۲/۶۶	۱۶/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۴۹
	خطا	۱۳۴۴/۲۲	۶۶	۲۰/۳۶			

نتایج نشان داد که ۲۲ درصد از تغییرات خودکارآمدی درد مقایسه با گروه گواه یک اثر معنادار بوده است. در نهایت اما سطر مربوط به تعامل مراحل و گروه‌بندی به عنوان مهمترین یافته جدول فوق حاکی از آن است که گروه‌درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی با تعامل مراحل نیز تأثیر معناداری بر مراحل آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) متغیر خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس داشته است. همچنین،

بدین معنا که گروه درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی در مقایسه با گروه گواه یک اثر معنادار بوده است. در نهایت اما سطر مربوط به تعامل مراحل و گروه‌بندی به عنوان مهمترین یافته جدول فوق حاکی از آن است که گروه‌درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی با تعامل مراحل نیز تأثیر معناداری بر مراحل آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) متغیر خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس داشته است. همچنین،

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی جهت بررسی تفاوت‌های دو به دو جهت مقایسه اثر گروه آزمایش و گروه گواه

متغیرهای پژوهش	مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	مقدار معناداری
خودکارآمدی درد	گروه درمانی ذهن آگاهی با گروه گواه	۷/۲۵	۱/۰۳	۰/۰۰۱
	گروه‌درمانی مصاحبه انگیزشی با گروه گواه	۷/۷۸	۱/۰۲	۰/۰۰۱
	گروه‌درمانی ذهن آگاهی با مصاحبه انگیزشی	-۰/۵۳	۱/۰۱	۰/۹۹
تحمل پریشانی	گروه درمانی ذهن آگاهی با گروه گواه	۱۱/۷۵	۰/۸۷	۰/۰۰۱
	گروه‌درمانی مصاحبه انگیزشی با گروه گواه	۱۱/۲۷	۰/۷۹	۰/۰۰۱
	گروه‌درمانی ذهن آگاهی با مصاحبه انگیزشی	۰/۴۷	۰/۷۴	۰/۹۹

تنظیم شخصی هیجان و مقدار توجه جذب شده به‌وسیله هیجان منفی را می‌سنجد. افراد دارای تحمل پریشانی پایین، هیجان را غیرقابل تحمل می‌دانند و وجود آن را نمی‌پذیرند، زیرا توانایی خود را دست‌کم می‌گیرند و تمام تلاش خود را برای جلوگیری از هیجان منفی و تسکین فوری به‌کار می‌بندند (زینر، هرلین - کرتز و والچ، ۲۰۱۴). پژوهش‌ها نشان می‌دهند میزان تحمل پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس پایین‌تر از هنجار قرار دارند و دیدگاهی منفی نسبت به هیجان‌ها دارند و وجود آن را نمی‌پذیرند. از مهارت‌های ذهن آگاهی، توانایی آگاه شدن از هیجان‌ها و تفسیر درست احساسات بدنی مربوط به آنهاست. مواجهه با هیجان منفی به‌جای اجتناب از آن در شرایط پریشانی از اهداف مهم گروه‌درمانی ذهن آگاهی است (شمس، عزیزی و میرزایی، ۱۳۸۹). در واقع، در روش‌های مبتنی بر گروه‌درمانی ذهن آگاهی با به‌کارگیری تکنیک‌های مراقبه‌ای مانند ذهن آگاه شدن، تنفس، برای افزایش آگاهی از موقعیت خود جهت کنار آمدن و بقاء در زمان بحران استفاده می‌کند و باعث می‌شود فرد در بلندمدت و کوتاه مدت درد جسمی و عاطفی خود را تحمل کند. گروه‌درمانی ذهن آگاهی برای تشخیص این نکته است که هر اتفاقی در زمان حال روی می‌دهد و این باعث می‌شود بیماران در زمان حال حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت‌کننده هستند دریافت کنند. این مطلب گویای این مهم است که فرد با گروه‌درمانی ذهن آگاهی یک سازه فراهیجانی به‌نام تحمل پریشانی را درخود افزایش می‌دهد. بدین ترتیب که نسبت به آن جذب توجه می‌کند، آن را ارزیابی می‌کند و وقتی نمی‌تواند شرایط را تغییر دهد آن را پذیرفته و تحمل می‌کند و هیجان‌ها به ویژه نیروی حاصل از تمایلات عمل در جهت اجتناب یا تضعیف فوری تجربه را تنظیم می‌کند و دچار از هم‌گسیختگی عملکرد نمی‌شود. به‌عبارت دیگر، تحمل پریشانی توانایی فرد برای مقاومت و تجربه حالات روانی منفی است، افرادی که تحمل کمی دارند پریشانی را به‌عنوان یک ساختار غیرقابل‌تحمل توصیف می‌کنند (سیمونز و گهر، ۲۰۰۵). افراد با تحمل پریشانی بالا می‌توانند با استفاده از تکنیک بارش به مشاهده درون خود بپردازند و بعد روی تجربه درونی با پذیرش متمرکز شوند. این تکنیک یک روش ذهن آگاهانه برای کار با هیجان‌ها شدید و مشکل است که به یافتن پناهگاهی درست در هنگام بروز پریشانی می‌پردازد.

همانگونه که نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمرات خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی در بین گروه‌درمانی ذهن آگاهی، مصاحبه انگیزشی و گروه گواه معنادار بوده و این یافته بدین معناست که میزان اثربخشی گروه‌درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس معنادار بوده است و گروه‌درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی باعث افزایش خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شده است. اما بین اثربخشی گروه درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر میزان خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تفاوت وجود ندارد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه‌درمانی مبتنی بر مصاحبه انگیزشی بر خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که «گروه درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی» بر میزان خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مؤثر بوده است. اما بین اثربخشی گروه درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر میزان خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تفاوت وجود ندارد.

در زمینه‌ی اثربخشی «گروه‌درمانی ذهن آگاهی» بر افزایش تحمل پریشانی، این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین (ساندرز، هانس و بوردت، ۲۰۱۸؛ اورکی و سامی، ۱۳۹۵؛ میودوسوسکی و همکاران، ۲۰۱۸؛ براون، ریان و کرسول، ۲۰۰۷) همسو است. در یک جمع‌بندی می‌توان چنین گفت که برنامه‌های مداخله‌ای (گروه‌درمانی ذهن آگاهی) بر متغیر تحمل پریشانی هیجانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مؤثر بوده است و همچنین، این اثر پایدار بوده است. در تبیین یافته این پژوهش مبنی بر اثربخشی مداخله گروه‌درمانی ذهن آگاهی در تحمل پریشانی هیجانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، می‌توان چنین گفت که تحمل پریشانی را توانایی فرد برای مقابله با هیجان‌ها منفی تعریف می‌کنند (کابات‌زین، ۱۹۹۰). به‌عبارت دیگر، تحمل پریشانی، یک سازه فراهیجانی است که انتظارات یک فرد را در مورد توانایی تحمل هیجان منفی، ارزیابی موقعیت هیجانی از لحاظ قابل پذیرش بودن،

افزایش می‌دهد. از سوی دیگر، مشخص است که دوسوگرایی و تعارض یکی از منابع تحمل پریشانی است (قیلن و همکاران، ۲۰۱۹). یعنی بخشی از مشکلات تحمل پریشانی افرادی که درگیر اختلالات مزمن سلامتی هستند، به دوسوگرایی آنان نسبت به تغییر رفتار برمی‌گردد. پس می‌توان نتیجه گرفت که مصاحبه انگیزشی، با حرکت به سوی حل دوسوگرایی و تعارض افراد، میزان تحمل پریشانی آنان را افزایش می‌دهد. عامل دیگری که در اثرگذاری مصاحبه انگیزشی در افزایش میزان تحمل پریشانی مؤثر است، سبک همدلانه و انسان‌گرایانه همراه با پذیرش مراجع، در مصاحبه انگیزشی است. در نتیجه، فردی که در یک ارتباط انسانی همراه با همدلی و پذیرش قرار گیرد، می‌تواند در افزایش تحمل پریشانی وی مؤثر باشد.

در زمینه‌ی اثربخشی «مصاحبه انگیزشی» بر افزایش خودکارآمدی درد، می‌توان چنین گفت که برنامه‌های مداخله‌ای (مصاحبه انگیزشی) بر متغیر خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مؤثر بوده است و همچنین، این اثر پایدار بوده است. در تبیین یافته‌ی این پژوهش مبنی بر اثربخشی مداخله مصاحبه انگیزشی در خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، می‌توان چنین گفت که بندروا که مبدع نظریه خودکارآمدی است، اعتقاد دارد باور توانایی رفتار و انتظارات پیامد ناشی از انجام یک عمل خاص، می‌تواند منجر به رفتار مطلوب گردد. همچنین، وی منابع خودکارآمدی را چهار عامل موفقیت در عملکرد، تجارب جانشینی، ترغیب و تشویق کلامی و برانگیختگی فیزیولوژیکی و هیجانی ناشی از انجام رفتار بیان می‌نماید (بندورا، ۲۰۰۶). این منابع، بخشی مهمی از مصاحبه انگیزشی به شمار می‌روند که در افزایش خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس اثرگذار بوده‌اند. علاوه بر این در زمینه چگونگی اثرگذاری مصاحبه انگیزشی بر خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می‌توان گفت اصول اساسی مصاحبه انگیزشی، تقویت احساس خودکارآمدی بیماران در همه تغییرات رفتاری است. بسیاری از تکنیک‌های مصاحبه انگیزشی گروهی به کار گرفته شده در این پژوهش مانند کنترل رفتار در موقعیت‌های وسوسه برانگیز، مشارکت در تصمیم‌گیری، حمایت از خودمختاری، برطرف کردن دوسوگرایی، بیرون کشیدن صحبت معطوف به تغییر، مستقیماً به افزایش خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به مولتیپل

در زمینه‌ی اثربخشی «گروه‌درمانی ذهن‌آگاهی» بر افزایش خودکارآمدی درد، این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین (جنآبادی و همکاران، ۱۳۹۲؛ ریچل و همکاران، ۲۰۱۶)، همسو است. در یک جمع‌بندی می‌توان چنین گفت که برنامه‌های مداخله‌ای (گروه درمانی ذهن‌آگاهی) بر متغیر خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مؤثر بوده است و همچنین، این اثر پایدار بوده است. در تبیین یافته‌ی این پژوهش مبنی بر اثربخشی مداخله گروه درمانی ذهن‌آگاهی در خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، می‌توان چنین گفت که با توجه به این که معمولاً باورهای اتخاذ شده در افراد با درد مزمن که می‌توانند منجر به فعالیت‌های خاصی حتی در زمان تجربه درد شوند و به طور بالقوه بر توانایی برای دستیابی به اهدافی که در اثر بیماری یا ناتوانی مانع می‌شوند، تأثیر می‌گذارد دچار مشکل می‌شوند (کارکولا و همکاران، ۲۰۱۸)، بنابراین بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس که تحت گروه درمانی ذهن‌آگاهی می‌شوند این امکان برای آنها فراهم می‌شود که در شرایط سخت و دشوار زندگی، تصورات و راه‌حل‌های قالبی، خودمحور، مبتنی بر تجربه‌های شخصی، محدود و واقعیت‌های محسوس را کنار گذاشته و با طرح سؤالات منطقی و بازبینی مداوم راه‌حل‌های ممکن به تصمیم‌های هوشمندانه و منطقی دست یابند. از طرف دیگر می‌توان گفت عقاید و نگرش‌های منفی در مورد خود، بخشی اصلی تغییرات به‌شمار می‌رود و از طریق گروه درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی، افراد یاد می‌گیرند تا تجربه‌های جدیدی را به کار بگیرند که این امر موجب منظم‌تر شدن عقایدی از قبیل باورهای جایگزین و سازگارانه‌تر می‌شود و نهایتاً با بهبود باورهای غیرمنطقی نسبت به مشکلات و محدودهای جسمانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس میزان خودکارآمدی آنان افزایش می‌یابد.

در زمینه‌ی اثربخشی «مصاحبه انگیزشی» بر افزایش تحمل پریشانی، می‌توان چنین گفت که برنامه‌های مداخله‌ای (مصاحبه انگیزشی) بر متغیر تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مؤثر بوده است و همچنین، این اثر پایدار بوده است. در تبیین یافته‌ی این پژوهش مبنی بر اثربخشی مداخله مصاحبه انگیزشی در تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، می‌توان چنین گفت که مصاحبه انگیزشی، اساساً با حل دوسوگرایی مراجع درباره‌ی تغییر، انگیزه‌ی تغییر را در وی

فرد به وجود آید نه این که به طور سطحی از بیرون به او تحمیل شود. بنابراین، می‌توان گفت که این رویکرد به معنی دقیق کلمه کاربردی است، چرا که در مصاحبه انگیزشی، این مراجع است که از حق خود برای تغییر دفاع می‌کند نه این که درمانگر او را به کار وادار کند (بروجنی و همکاران، ۲۰۱۸؛ چن و همکاران، ۲۰۱۲؛ ما و همکاران، ۲۰۱۴). پس می‌توان گفت انجام تمرین‌های ذهن‌آگاهی و مصاحبه انگیزشی باعث آگاهی فرد از نحوه کنترل افکار خوشایند و ناخوشایند خود می‌گردد، در نتیجه این امکان را به بیمار می‌دهد که تحمل پریشانی و خودکارآمدی خود را افزایش دهد. بنابراین می‌توان گفت هر دو رویکرد (گروه‌درمانی ذهن‌آگاهی و مصاحبه انگیزشی) به شیوه خاص خود باعث پایداری اثرات خود بر روی متغیرهای وابسته (تحمل پریشانی و خودکارآمدی درد) شده اند و تفاوتی بین آنها به لحاظ پایداری وجود ندارد.

به لحاظ نظری، پژوهش حاضر تلویحات متعددی را به دنبال دارد. اول آن که این پژوهش شواهدی را در خصوص اثربخشی گروه‌درمانی ذهن‌آگاهی (کابات زین، ۱۹۹۰) و مصاحبه انگیزشی (دیوید روزن گرین ۲۰۰۵؛ به نقل از علی‌دوست و کیان‌ارثی، ۱۳۹۲) که همچنان از مدل‌های مطرح در زمینه ذهن‌آگاهی و مصاحبه انگیزشی هستند را فراهم نمود. دوم آنکه با نشان دادن نقش گروه‌درمانی ذهن‌آگاهی و مصاحبه انگیزشی در خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی، شکاف موجود در زمینه استفاده از این درمان‌های گروهی را در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس مورد توجه قرار داده و با فراهم آوردن شواهد تجربی، به برطرف‌سازی این شکاف کمک نموده‌اند. به لحاظ کاربردی نیز، بر مبنای نتایج پژوهش حاضر، با فراهم کردن درمان‌های لازم در زمینه ذهن‌آگاهی و مصاحبه انگیزشی و فراگیری اصول اساسی این مدل‌ها، افراد قادر خواهند شد به درجه خودارزیابی و خود اصلاحی برسند و بدین ترتیب خود را نه تنها مسئول افکار و اندیشه‌ها بلکه مسئول رفتار خویش ببینند. با گسترش تفکر مراقبتی و مسئولانه در کنار سایر ابعاد تفکر در این رویکردها، می‌توان انتظار داشت با اجرای صحیح این برنامه‌ها در نظام درمانی، باور به توانایی‌های فراوان بیماران افزایش یابد، در نتیجه تحمل بیمار در برابر سختی‌های بیماری و درمان آن افزایش می‌یابد و باور به قابلیت‌های خودشان افزایش خواهد یافت. بر این اساس توصیه می‌شود با برگزاری کارگاه‌های آموزشی جهت آشنایی بیشتر روانشناسان و مربیان در زمینه اصول اساسی گروه

اسکلروزیس منجر می‌شود. روح مصاحبه انگیزشی بیشترین تأکید را بر حمایت از خودکارآمدی، مشارکت و فراخوانی نقطه‌نظرات دیگران دارد. همچنین، با توجه به این که یکی از منابع مهم افزایش خودکارآمدی درد، تجربیات جانشینی و ترغیب‌های کلامی است و در جلسات گروهی مصاحبه انگیزشی در پژوهش حاضر به کرات این تجربیات و ترغیب‌ها شکل گرفت، ممکن است یکی از دلایل مهم و اثرگذار در افزایش میزان خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس در پژوهش حاضر بوده باشد.

همچنین، نتایج این پژوهش نشان داد که تفاوت معناداری در میزان اثربخشی گروه‌درمانی ذهن‌آگاهی و مصاحبه انگیزشی در متغیرهای تحمل پریشانی و خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس به دست نیامد. به عبارت دیگر، اثربخشی گروه درمانی ذهن‌آگاهی و مصاحبه انگیزشی به طور جداگانه بر متغیرهای وابسته پژوهش معنادار و اثرات آنان در طول زمان پایدار بود، و همچنین پایداری این اثرات بین گروه‌درمانی ذهن‌آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر روی متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود نداشت. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که هرکدام از متغیرهای مستقل پژوهش (گروه درمانی ذهن‌آگاهی و مصاحبه انگیزشی) با استفاده از راهبردهای منحصربه‌فرد خود اثرات پایداری بر روی متغیرهای تحمل پریشانی و خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس داشته است. برخی از پژوهشگران بر این باورند که در گروه درمانی ذهن‌آگاهی، بیماران با مشاهده دقیق واقعیت درونی خود درمی‌یابند که هیجانات مثبت از قبیل شادی، کیفیتی نیستند که وابسته به عناصر بیرونی و تغییرات دنیای بیرون باشند. هیجانات خوشایند، زمانی تجربه می‌شوند که فرد وابستگی به افکار، موضع گرفتن و برنامه‌های ذهنی از پیش تعیین‌شده را رها کند و در نتیجه رفتارهای خودکار را که برای رسیدن به موقعیت‌های لذت‌آور و یا فرار از موقعیت‌های درناک انجام می‌دهد، کنار بگذارد و به یک نوع رهایی برسد (کامپوس و همکاران، ۲۰۱۶؛ بولین و بیر، ۲۰۱۲؛ هولیس - والکر و کولوسیمو، ۲۰۱۱). از طرف دیگر، برخی دیگر از پژوهشگران بر این باورند که راهبردهای مصاحبه انگیزشی بیشتر ترغیب‌کننده هستند تا اجباری؛ بیشتر حمایتی هستند تا جنجالی و پرسدا. در راهبردهای مصاحبه انگیزشی مشاور سعی می‌کند فضای مثبتی برای تغییر مراجع ایجاد کند. در واقع، هدف اصلی، افزایش انگیزه درونی مراجع است، تا جایی که تغییر از درون

علی دوست، فرشته و کیان ارثی، فرحناز (۱۳۹۲). اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر افسردگی و امیدواری بیماران همودیالیزی بیمارستان هاجر شهر کرد. *مجله روانشناسی بالینی*، ۴(۳۲)، ۸۵-۹۴.

قاسم بروجردی، فاطمه؛ صفا، میترا؛ کرم‌لو، سمیرا و مسجدی، محمدرضا (۱۳۹۳). اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر تحمل پریشانی و نگرش‌های ناکارآمد در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن ریوی. *فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۸(۴) ۶-۷.

پورنقاش تهرانی، سید سعید؛ مرتضوی‌فر، سمیرا و مرتضوی‌فر، سمیه (۱۳۹۹). تأثیر حمایت اجتماعی و راهبردهای تنظیم هیجان در پیش بینی سلامت روانی افراد مبتلا به اسکروزیس چند گانه. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۹(۸۹)، ۵۳۹-۵۲۵.

نظری کمال، مینا؛ صراف‌زاده، شیدا؛ سموعی، راحله؛ تمنایی‌فر، شیما و بهروزی، رضا (۱۳۹۶). اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر افزایش میزان مشارکت بیماران ام‌اس در فعالیت‌های ورزشی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۲(۴۷)، ۲۲۲-۲۰۵.

Akkuş, Y., & Duru, G. (2011). Problems and factors affecting the sexual lives of patients with multiple sclerosis living in Turkey. *Sexuality and Disability*, 29(1), 55-63.

Asghari, A., & Nicholas, M. K. (2009). An investigation of pain self-efficacy beliefs in Iranian chronic pain patients: a preliminary validation of a translated English-language scale. *Pain medicine*, 10(4), 619-632.

Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. *Self-efficacy beliefs of adolescents*, 5(1), 307-337.

Bombardier, C. H., Cunniffe, M., Wadhvani, R., Gibbons, L. E., Blake, K. D., & Kraft, G. H. (2008). The efficacy of telephone counseling for health promotion in people with multiple sclerosis: a randomized controlled trial. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 89(10), 1849-1856.

Borji, M., Taghinejad, H., & Salimi, A. H. (2018). The effect of motivational interviewing on fatigue in patients with multiple sclerosis. *Archives of Neuroscience*, 5(3).

Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological inquiry*, 18(4), 211-237.

Bowlin, S. L., & Baer, R. A. (2012). Relationships between mindfulness, self-control, and psychological functioning. *Personality and Individual Differences*, 52(3), 411-415.

Buljevac, D., Hop, W. C. J., Reedeker, W., Janssens, A. C. J. W., Van der Meche, F. G. A., Van Doorn, P. A., & Hintzen, R. Q. (2003). Self reported stressful life events and exacerbations in multiple sclerosis: prospective study. *Bmj*, 327(7416), 646.

درمانی ذهن‌آگاهی و مصاحبه انگیزشی و اینکه چگونه می‌توانند با به‌کارگیری اصول مطرح شده در این مدل بر رشد و پرورش افراد تأثیر بگذارند، به‌توانند شدن فراگیران کمک نمایند. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن افراد مورد مطالعه به بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهرستان بروجرد در استان چهارمحال و بختیاری اشاره نمود که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با احتیاط مواجه می‌سازد.

همچنین، پژوهش حاضر تلویحات نظری و کاربردی متعددی را به دنبال دارد. با توجه به آنکه در پژوهش حاضر تفاوت‌های جنسیتی مورد مطالعه قرار نگرفته است، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به مقایسه اثرگذاری گروه‌درمانی ذهن‌آگاهی و مصاحبه انگیزشی در بین بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (زن و مرد) پرداخته شود. همچنین آگاهی بخشی به بیماران، روانشناسان و مشاوران و خانواده‌های بیماران در مورد کارآیی این مداخلات (گروه درمانی ذهن‌آگاهی و مصاحبه انگیزشی) و تدوین برنامه‌هایی جهت آشنایی بیشتر بیماران، روانشناسان و مشاوران و خانواده‌ها با این مداخلات (گروه درمانی ذهن‌آگاهی و مصاحبه انگیزشی) را می‌توان مد نظر قرار داد. علاوه بر آن می‌توان مداخلات «گروه درمانی ذهن‌آگاهی و مصاحبه انگیزشی» را در برنامه آموزشی و درمانی انجمن‌های مختلف بیماران مزمن جسمانی و روانی گنجانند.

منابع

اورکی، محمد و سامی، پوران (۱۳۹۵). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی یکپارچه بر میزان ادراک بیماری و شدت بیماری در بیماران مبتلا به ام‌اس. *فصلنامه پژوهش‌های شناخت اجتماعی*، ۵(۲)، ۱۱۹-۱۰۷.

تقی‌لو، لیلیا؛ مکوند حسینی، شاهرخ و صداقت، مستوره (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به ام‌اس. *فصلنامه پرستار و پزشک در رزم*، ۱۵(۵)، ۱۰-۵.

جنابادی، حسین؛ عیسی‌زادگان، علی و نعمتی، محمد (۱۳۹۲). اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر افزایش خودکارآمدی و بهبود خودپنداره دانش‌آموزان کم پیشرفت مدارس متوسطه. *مجله مطالعات روانشناسی تربیتی*، ۲۱(۳)، ۲۹-۱۵.

شمس، جمال؛ عزیزی، علیرضا و میرزایی، آزاده (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم*، ۱۳(۱)، ۱۱-۱۸.

- Ma, C., Zhou, Y., Zhou, W., & Huang, C. (2014). Evaluation of the effect of motivational interviewing counselling on hypertension care. *Patient education and counseling*, 95(2), 231-237.
- MacKillop, J., & De Wit, H. (Eds.). (2013). *The Wiley-Blackwell handbook of addiction psychopharmacology*. John Wiley & Sons.
- Mioduszewski, O., MacLean, H., Poulin, P. A., Smith, A. M., & Walker, L. A. (2018). Trait Mindfulness and Wellness in Multiple Sclerosis. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 45(5), 580-582.
- Fraser, C., Morgante, L., Hadjimichael, O., & Vollmer, T. (2004). A prospective study of adherence to glatiramer acetate in individuals with multiple sclerosis. *Journal of Neuroscience Nursing*, 36(3), 120.
- Nicholas, M. K. (2007). The pain self-efficacy questionnaire: taking pain into account. *European journal of pain*, 11(2), 153-163.
- Nicholas, M. K., McGuire, B. E., & Asghari, A. (2015). A 2-item short form of the Pain Self-efficacy Questionnaire: development and psychometric evaluation of PSEQ-2. *The Journal of Pain*, 16(2), 153-163.
- Riegel, B., Masterson Creber, R., Hill, J., Chittams, J., & Hoke, L. (2016). Effectiveness of motivational interviewing in decreasing hospital readmission in adults with heart failure and multimorbidity. *Clinical nursing research*, 25(4), 362-377.
- Rollnick, S., Miller, W. R., Butler, C. C. (2008). *Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior*. New York: The Guilford Press. p: 17-19
- Senders, A., Hanes, D., Bourdette, D., Carson, K., Marshall, L. M., & Shinto, L. (2019). Impact of mindfulness-based stress reduction for people with multiple sclerosis at 8 weeks and 12 months: A randomized clinical trial. *Multiple sclerosis journal*, 25(8), 1178-1188.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83-102.
- Stein, D. J., Denys, D., Gloster, A. T., Hollander, E., Leckman, J. F., Rauch, S. L., & Phillips, K. A. (2009). Obsessive-compulsive disorder: diagnostic and treatment issues. *Psychiatric Clinics*, 32(3), 665-685.
- Zenner, C., Herrleben-Kurz, S., & Walach, H. (2014). Mindfulness-based interventions in schools—a systematic review and meta-analysis. *Front Psychology*, 5, 603.
- Campos, D., Cebolla, A., Quero, S., Bretón-López, J., Botella, C., Soler, J. ... & Baños, R. M. (2016). Meditation and happiness: Mindfulness and self-compassion may mediate the meditation-happiness relationship. *Personality and individual differences*, 93, 80-85.
- Carpino, E., Segal, S., Logan, D., Lebel, A., & Simons, L. E. (2014). The interplay of pain-related self-efficacy and fear on functional outcomes among youth with headache. *The Journal of Pain*, 15(5), 527-534.
- Chen, S. M., Creedy, D., Lin, H. S., & Wollin, J. (2012). Effects of motivational interviewing intervention on self-management, psychological and glycemic outcomes in type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*, 49(6), 637-644.
- Chiarotto, A., Falla, D., Polli, A., & Monticone, M. (2018). Validity and responsiveness of the pain self-efficacy questionnaire in patients with neck pain disorders. *Journal of orthopaedic & sports physical therapy*, 48(3), 204-216.
- Daughters, S. B., Ross, T. J., Bell, R. P., Yi, J. Y., Ryan, J., & Stein, E. A. (2017). Distress tolerance among substance users is associated with functional connectivity between prefrontal regions during a distress tolerance task. *Addiction biology*, 22(5), 1378-1390.
- Ghielen, I., Ruten, S., Boeschoten, R. E., Houniet-de Gier, M., van Wegen, E. E., van den Heuvel, O. A., & Cuijpers, P. (2019). The effects of cognitive behavioral and mindfulness-based therapies on psychological distress in patients with multiple sclerosis, Parkinson's disease and Huntington's disease: Two meta-analyses. *Journal of psychosomatic research*, 122, 43-51.
- Heeren, A., Douilliez, C., Peschard, V., Debrauwere, L., & Philippot, P. (2011). Cross-cultural validity of the Five Facets Mindfulness Questionnaire: Adaptation and validation in a French-speaking sample. *European Review of Applied Psychology*, 61(3), 147-151.
- Hollis-Walker, L., & Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*, 50(2), 222-227.
- Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: The program of the stress reduction clinic at the University Massachusetts Medical Center.
- Karkkola, P., Sinikallio, S., Flink, N., Honkalampi, K., & Kuittinen, M. (2018). Pain self-efficacy moderates the association between pain and somatization in a community sample. *Scandinavian Journal of Pain*, 19(1), 101-108.
- Kilpatrick, L. A., Suyenobu, B. Y., Smith, S. R., Bueller, J. A., Goodman, T., Creswell, J. D., ... & Naliboff, B. D. (2011). Impact of mindfulness-based stress reduction training on intrinsic brain connectivity. *Neuroimage*, 56(1), 290-298.